Rok XLI. Kraków, 15 Lutego 1902. Nr. 7.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. Siedlisko znużenia.

Badania doświadczalne, wykonane w pracowni psychologicznej Uniwersytetu Brukselskiego.

Przez

Dra med. Józefę Joteyko

laureatkę Paryzkiej Akademii nauk, sekundaryusza pracowni

ROZDZIAŁ I. WSTĘP.

Badania nad znużeniem fizycznem, dokonane na człowieku, datują, jak wiadomo, dopiero od r. 1890, czyli od chwili ogłoszenia jednocześnie w języku niemieckim *(Dubois-Reymond's Archiv.)* i włoskim *(Archives italiennes de Biologie)* sławnej rozprawy A. Mossa o znużeniu mięśni, mierzonem za pomocą specyalnego przyrządu, zwanego ergografem. Wkrótce potem pojawiła się w druku popularna książeczka włoskiego fizyologa o znużeniu, która odrazu zyskała sobie niezmierny rozgłos i powodzenie i została przełożoną prawie na wszystkie języki europejskie [1].

Są to wszystko rzeczy powszechnie znane, a w obecnej rozprawie nie mam bynajmniej zamiaru wracać do prac Mossa i jego szkoły [2]; pragnę natomiast zapoznać czytelnika z wynikami badań najnowszej doby i naszkicować nowe kierunki, jakie zarysowały się w poszukiwaniach nad znużeniem. Owo studyum psycho-fizyologiczne zawierać będzie obok działu krytycznego dział doświadczalny, w którym podam wyniki mych własnych badań na tem polu.

Ponieważ wszystkie te prace zostały wykonane za pomocą ergografu Mossa, należałoby rozpocząć od opisu tego przyrządu. Sądzę jednak, iż zbytecznem byłoby wchodzić w szczegóły techniczne; wystarczy zaznaczyć wyższość ergografu nad dawniej używanym siłomierzem (dynamometrem), który nie dostarcza ścisłych wskazówek przy badaniu znużenia, z powodu znacznej liczby kurczących się mięśni, w czasie gdy dynamometr ściskamy w pięści. Nie wiemy przeto, jaka siła przypada w udziale każdemu mięśniowi pojedynczemu i mamy wszelkie prawo przypuszczać, że gdy jedna grupa mięśni się nuży, inna grupa przychodzi jej z pomocą. Badania nad znużeniem u człowieka weszły na tory ściśle naukowe dopiero od czasu wynalezienia przez Mossa przyrządu, zwanego ergografem, który podobnie jak myograf służy do oznaczenia graficznego skurczów mięśniowych. Łatwo pojąć, że myograf może być użyty tylko do doświadczeń na zwierzętach [3], którym po zniszczeniu ośrodków nerwowych lub po uśpieniu środkami znieczulającymi, oddzielamy mięśnie i nerwy od innych tkanek. Otóż zasada ergografu polega na tem, że bez żadnego szwanku dla zdrowia może być użyty do doświadczeń trzeci palec u ręki. Do palca, jak wiadomo, dochodzą ścięgna dwóch mięśni zginaczy, które kurczą się przy zginaniu palca bez współudziału pracy innych mięśni ustroju; jednak udział mięśni międzykostnych jest dość znaczny, jak to już zaznaczył Mosso, a ostatniemi czasy dowiódł Müller. Ręka i przed ramię osoby, poddanej doświadczeniu, zostają przytwierdzone do deszczułki za pomocą pasów lub innych jakich więzów; palec drugi i czwarty zostają wprowadzone do metalowych rurek i unieruchomione, a tylko trzeci palec może się poruszać dowolnie według pewnego rytmu, wybijanego na metronomie. Do końca trzeciego palca przytwierdzony jest sznurek, zakończony ciężarkiem; przeto za każdym skurczem trzeciego palca ciężar zostaje podniesionym do pewnej wysokości, a ruch ten strzałka (przytwierdzona do ruchomej części ergografu) wiernie zapisze na obracającym się zaczernionym walcu. Ze względu na znaczną siłę skurczów u człowieka wszelkie powiększenie sztuczne linij zapisywanych na walcu jest zbyteczne, możemy przeto natychmiastowo obliczyć ilość pracy mechanicznej, dokonanej podczas doświadczenia. Wystarczy pomnożyć wysokość wszystkich skurczów razem wziętych przez ciężar dźwigany, a otrzymamy pracę oznaczoną w kilogramometrach. Przy skurczach dowolnych należy zginać palce z *maximum* rozporządzalnej siły; ciężar dźwigany wynosi 2 do 6 kg. (najczęściej 3 do 4), a skurcze powtarzają się co dwie sekundy. Krzywą znużenia nazwał Mosso linię łączącą w wyobraźni wierzchołki wszystkich skurczów, zapisanych na walcu w postaci linij pionowych, obniżających się wciąż pod wpływem znużenia aż do zera.

Nie będę wchodzić w szczegóły, odnoszące się do właściwości indywidualnych ergogramów, które aczkolwiek wielce ciekawe zbyt daleko odsunęłyby nas od przedmiotu. Pomijam również milczeniem prace, dokonane przez Mossa i jego szkołę, a także w Niemczech, nad rozmaitymi wpływami (jak n. p. temperatura, znużenie umysłowe, ilość i jakość pokarmów i t. d.), działającymi na siłę mięśniową i na ilość pracy mechanicznej. Z tych wszystkich badań wspomnę tylko o tak nazwanem przez Mossa „prawie wyczerpania“, które polega na tem, że znużenie nie wzrasta proporcyonalnie do pracy wykonanej, lecz wzrasta szybciej od pracy. Praca, jakiej dostarczają mięśnie już znużone, działa w sposób bardziej wyczerpujący od pracy, dokonanej w warunkach prawidłowych. Stwierdzenie tego prawa znajduje Mosso w następującem doświadczeniu: przypuśćmy, że u danego osobnika 30 skurczów wystarcza do zupełnego wyczerpania mięśnia; w tych warunkach dwie godziny spo-

[1]) Patrz: polski przekład Dra Flauma.

[2]) Przegląd tych prac znajdzie czytelnik w mej rozprawie: *„Metoda graficzna, zastosowana do badań nad znużeniem mięśniowem“ (Wszechświat 1899, n. 46, 47 i 48.)*

[3]) Nie wspominam tu o myografach, zastosowanych do badania pobudliwości mięśni u człowieka bez wykonania pracy mechanicznej (bez podniesienia ciężarka).

czynku okażą się niezbędnemi dla ustąpienia znużenia. Gdyby jednak dany osobnik dostarczył tylko 15 skurczów, to już po upływie pół godziny spoczynku siła byłaby odzyskaną. A jeśli obliczymy ilość pracy mechanicznej, dostarczonej w ciągu dnia w obu przypadkach, dojdziemy łatwo do wniosku, że wytwórczość będzie znacznie większą, jeżeli nie będziemy posuwać pracy do zupełnego wyczerpania. Ustrój nie może być porównany do lokomotywy, — wyraża się w obrazowy sposób Mosso, — spalającej jednakową ilość węgla na każdy kilometr przebytej drogi, lecz praca, dokonana w stanie znużenia, prowadzi za sobą zgubne następstwa.

Prawo wyczerpania Mossa (nagromadzenie znużenia) posiada wysokie znaczenie w fizyologii; wykazuje ono, że praca mięśnia znużonego różni się zasadniczo od pracy mięśnia wypoczętego i że w mięśniu znużonym, a może i w ośrodkach nerwowych, zachodzą jakieś ważne podczas czynności zmiany. Tym sposobem dochodzimy do samego jądra kwestyi i do jej najbardziej ciekawego punktu: jakie są te zmiany fizyologiczne, które zachodzą podczas znużenia i jaki jest udział mięśni a ośrodków nerwowych w tych zjawiskach? Co do pierwszego pytania, to tyle powiedzieć można, że mamy prawo oczekiwać odpowiedzi ze strony chemii fizyologicznej; lecz zebrane dotychczas spostrzeżenia odnoszą się jedynie do skurczów, wywołanych u zwierząt prądem elektrycznym i tylko daleki posiadają związek ze zjawiskami znużenia u człowieka. Kwestya ta istoty czyli pochodzenia znużenia nie będzie przeto roztrząsaną w niniejszej rozprawie. Natomiast na drugie pytanie, odnoszące się do siedliska znużenia, postaramy się dać odpowiedź.

Specyalny rozdział poświęcimy dyskusyi nad otrzymanymi wynikami; zapoznamy wówczas czytelnika z zapatrywaniem Mossa i innych fizyologów nad siedliskiem znużenia, lecz uczynimy to po opisie naszych własnych doświadczeń w tej dziedzinie. Obecnie należy tylko zaznaczyć jeden ważny punkt: wszystkie prace ergograficzne nad znużeniem, dokonane bądź przez samego Mossa, bądź pod jego kierunkiem lub wpływem, opierają się na wyliczeniach li tylko ilościowych. I tak n. p. badają wpływ ciepłoty, rozmaitych trucizn, alkoholu, pokarmów, napojów, i t. d. na ilość pracy mechanicznej, dokonanej przez danego osobnika. Otóż od lat kilku nowy czynnik wprowadzony został do badań ergograficznych przez Hocha i Kraepelina (1895), oraz przezemnie (1899); jest nim jakość pracy. Dzięki zastosowaniu tych dwóch metod, polegających na obliczeniu z jednej strony ilości pracy, a z drugiej jej jakości, zdołałam wykonać szereg doświadczeń aby znaleźć odpowiedź na pytanie, czy siedlisko znużenia jest ośrodkowe, czy obwodowe.

ROZDZIAŁ II.

O typach czuciowo-ruchowych.

Powszechnie wiadomo, że ośrodki psycho-ruchowe, zarządzające ruchami dowolnymi mięśni, zajmują w każdej półkuli mózgowej ściśle odgraniczone okolice, oraz że istnieje ośrodek specyalny dla ruchu ruchów kończyny górnej i ośrodek specyalny dla kończyny dolnej. Niektórzy nawet przypuszczają, że rozmaite grupy mięśniowe mają swe specyalne ośrodki. Pomimo tego ścisłego anatomicznego odgraniczenia nie wiemy nic zgoła, co się dzieje w ośrodkach psycho-ruchowych podczas znużenia fizycznego. Weźmy jako przykład ruchy, wykonywane na ergografie Mossa, a polegające na szeregu skurczów trzeciego palca w celu wielokrotnego podniesienia ciężarka aż do znużenia. Zapytać można, czy owo wstrzymanie funkcyi, zwane znużeniem, wywołane jest stanem wyczerpania mięśnia, który nie chce słuchać dalej rozkazów, wysyłanych mu nieprzerwanie przez ośrodki nerwowe, czy też może znużone ośrodki nerwowe przestały już wysyłać bodźce ruchowe w stronę mięśnia. Innemi słowy, jakie jest siedlisko znużenia fizycznego, ośrodkowe czy mięśniowe?

W celu roztrzygnięcia tej kwestyi wykonałam cały szereg doświadczeń z wynikami, którymi zamierzam podzielić się w krótkości z czytelnikiem.

Powiedzieliśmy wyżej, że nie posiadamy dotychczas sposobu dla wymierzenia stanu pobudliwości ośrodka nerwowego w chwili, gdy wskutek znużenia odpowiedni ruch ulega wstrzymaniu. Natomiast możliwem się wydaje wymierzenie stanu pobudliwości ośrodków, sąsiadujących z tym, który wykonał pracę; może więc tym sposobem da się wykryć, czy jego stan znużenia lub podniecenia nie udzielił się innym ośrodkom.

Wykonajmy doświadczenie następujące: niech osobnik podlegający doświadczeniu zasiądzie przy stole ergograficznym i niech wykona pewną ilość skurczów trzecim palcem aż do zupełnego wyczerpania. Włóżmy mu wówczas do dłoni siłomierz i zbadajmy stan siły dynamometrycznej. Przekonywamy się, że siła dynamometryczna danego osobnika jest teraz cokolwiek mniejsza po pracy ergograficznej, niż była przed pracą. Czy owo obniżenie się siły dynamometrycznej mamy przypisać znużeniu ośrodków ruchowych? Wniosek ten byłby zbyt pospieszny, gdyż po pracy ergograficznej ręka znajduje się w trochę gorszych warunkach, niż była poprzednio (wskutek tarcia, nacisku, i t. p.) i może tym właśnie wyłącznie lokalnym przyczynom przypisać należy obniżenie się siły.

Dla wykluczenia tego możliwego źródła błędów możemy postąpić w inny cokolwiek sposób. Niech osobnik wykona pracę ergograficzną jedną ręką (n. p. prawą), a gdy nastąpi znużenie, niech ściśnie siłomierz ręką drugą (lewą), a wówczas przekonamy się, czy ruchy wykonane na ergografie aż do znużenia nie wywołały jakich zmian w pobudliwości ośrodków drugiej półkuli mózgowej. Oczywistem jest, że dany osobnik ściska siłomierz lewą ręką i przed pracą ergograficzną, wykonaną ręką prawą. Jeśli praca ergograficzna jednej ręki (prawej) wywołała jakikolwiek wpływ na siłę ciśnienia drugiej ręki (lewej), to jasnem się okazuje, że wpływ ten udzielił się drogą ośrodkową. O przeniesieniu toksyn drogą krążenia nie może być mowy, jeśli wziąć pod uwagę nieznaczną ilość wprawionej w ruch tkanki mięśniowej (skurcze trzeciego palca).

Doświadczenia moje, wykonane na 20 osobnikach (studentach Uniwersytetu Brukselskiego) wykazały, że istotnie praca ergograficzna jednej ręki wywiera wpływ na siłę ciśnienia (dynamometryczną) drugiej ręki, lecz wpływ ten nie jest jednaki u wszystkich osobników. Biorąc odporność na znużenie jako miarę, można wykazać istnienie dwóch typów ruchowych przeciwnych sobie, oraz typu przejściowego.

1) Osobniki należące do pierwszego typu (typ dynamogeniczny) są najwytrzymalsze na znużenie. Praca ergograficzna nie wywołuje u nich nigdy znużenia ośrodków mózgowych, a nawet wywołuje stale lekkie podniecenie tych ośrodków. Podniecenie ośrodkowe objawia się w ten sposób,

że po pracy ergograficzej ręki prawej siła ciśnienia ręki lewej ulega wzmożeniu. Nawet kilka ergogramów nie jest w stanie wywołać upadku siły ciśnienia. Po kilku minutach spoczynku wzmożona siła ciśnienia ręki lewej wraca do normy.

2) U osobników, należących do drugiego typu (typ inhibicyjny), praca ergograficzna nie wywołuje nigdy wzmożenia siły ciśnienia drugiej ręki; przeciwnie zaraz po pierwszym ergogramie siła ciśnienia ulega spadkowi. Strata wynosi przeciętne 20% pierwotnej siły dynamometrycznej. Owa utrata jednej piątej siły jest oczywiście wynikiem odpowiedniej utraty energii ośrodków nerwowych. Wskutek ruchu na ergografie nastąpiło znużenie ośrodka przewodniczącego ruchowi, a ów stan znużenia udzielił się innym ośrodkom Ten stan depresyi znika po kilku minutach spoczynku.

3) Wreszcie do typu pośredniego zaliczyć się dają osobniki, które po pierwszym ergogramie wykazują podniecenie ośrodkowe; po kilku jednak ergogramach następuje u nich stan wyczerpania[4])

Widzimy z powyższego zestawienia, iż praca ergograficzna połączona jest u niektórych osobników z lekkim stanem znużenia ośrodków ruchowych; u innych przeciwnie nietylko niema śladu znużenia, ale spostrzegać się dają objawy podniecenia. To nam nasuwa wniosek, że ogólnie biorąc, udział ośrodków nerwowych w zjawiskach znużenia fizycznego jest nieznaczny i że znużenie ma przedewszystkiem swe siedlisko w mięśniach. Wstrzymajmy się jednak od kategorycznego sądu zanim przejdziemy do drugiej części tej pracy.

Ośrodki nerwowe wypoczywają prędzej od mięśnia I tak n. p. potrzeba najmniej dziesięciu minut wypoczynku, aby ustąpiło znużenie ergograficzne; czas ten odpowiada wypoczynkowi mięśnia, gdyż ośrodki nerwowe wracają do pierwotnego stanu znacznie prędzej. Istotnie depresya po-ergograficzna, spostrzeżona u niektórych osobników, ustępuje już w 4 do 5 minut wypoczynku. Toż samo da się powiedzieć o objawach podniecenia, stanowiących charakterystykę typu dynamogenicznego. A nawet owo szybkie znikanie następstw dynamogenicznych lub inhibicyjnych pracy ergograficznej i powrót do stanu prawidłowego, jest jednem z najlepszych świadectw, przemawiających za istotnością opisanych przezemnie typów.

Istnienie ich wyda nam się jeszcze bardziej uzasadnionem, jeśli dodam, że udało mi się pochwycić stały związek między objawami ruchowymi a czuciowymi. Z pomiędzy 20 osobników, poddanych doświadczeniu, wybrałam pięciu, wykazujących wybitne zmiany siły po pracy ergograficznej i zbadałam ich wrażliwość czuciową za pomocą estezyometru przed pracą ergograficzną i po tej pracy. Rzecz godna zaznaczenia, osobniki należące do typu dynamogenicznego, czyli wykazujące wzrost siły ciśnienia po pracy ergograficznej, wykazały w tej seryi doświadczeń podniecenie wrażliwości czuciowej po dokonaniu pracy na ergografie. Osobniki zaś należące do typu inhibicyjnego, wykazały zmniejszenie się wrażliwości czuciowej po odbytej pracy ergograficznej.

Te doświadczalne dane pozostają w zgodzie z tem wszystkiem, co wiemy o dynamogenii i inhibicyi. Wiemy, że podrażnienia stosunkowo słabe wywołują wpływ podniecający; podrażnienia nadzwyczaj silne wywołują wstrzymanie ruchu. Lecz nowa strona tych doświadczeń polega na możliwości ustanowienia dwóch typów czuciowo-ruchowych i typu pośredniego, biorąc jako miarę wykonanie pewnej pracy mechanicznej, która stosownie do osobników wywołuje objawy dynamogeniczne, polegające na wzmożeniu się siły mięśniowej i na podnieceniu wrażliwości, bądź objawy inhibicyjne, polegające na zmniejszeniu się siły mięśniowej i wrażliwości ogólnej.

Różnice między dwoma typami czuciowo ruchowymi polegają na zjawiskach, rozgrywających się w ośrodkach nerwowych i znajdujących oddźwięk na obwodzie ciała. Otóż we wszystkich przypadkach i niezależnie od swych objawów ośrodkowych znużenie ergograficzne było zawsze kompletne, aż do zupełnego wyczerpania siły zginaczy trzeciego palca. Czyż nie mamy prawa wyrzec, że owo wyczerpanie siły jest pochodzenia obwodowego?

Chociaż w doświadczeniach tych miałam jedynie na widoku naukową stronę kwestyi, nie mogę jednak zamilczeć, że to stwierdzenie typów czuciowo-ruchowych nie może być obojętnem dla pedagogiki. Istotnie stanowią one probierz wytrzymałości ośrodków czuciowo-ruchowych na znużenie. Otóż wiemy, że znużenie umysłowe daje się w pewnym stopniu wymierzyć stanem znużenia ruchowego. (C. d. n.)

[4]) Oczywiście, warunki pracy ergograficznej są jednakowe dla wszystkich osobników (skurcze co dwie sekundy, ciężar 3—4 kilogr

II. Sprawa dziesięciu miesięcy księżycowych ciąży w świetle historyi.

Przez

Dra Jana Lachsa.

W numerze drugim „Centr. für Gyn." omawia B. S. Schultze sprawę „dziesięciu miesięcy księżycowych", zastanawiając się nad pochodzeniem tego określenia i dochodząc do wniosku, że należy ten termin uznać za niewłaściwy, a jako nieodpowiadający ani prawdzie historycznej, ani rzeczywistemu czasowi trwania ciąży, — gdyż 10 miesięcy księżycowych odpowiada 295 lub 296 dniom, — usunąć z terminologii lekarskiej i wprowadzić natomiast pojęcie ciąży 280-dniowej lub 40-tygodniowej, tak jak on to już oddawna w swoim podręczniku zaleca. Przy uzasadnieniu swojego stanowiska czyni Schultze niektóre spostrzeżenia historyczne, które nas spowodowały do zadania sobie pytania, czy i o ile nasi starożytni przodkowie znali pojęcie dziesięciu miesięcy księżycowych u ciężarnych i w jakim stosunku pozostaje to pojęcie do rzeczywistego czasu trwania ciąży.

Tu napotyka się w pierwszym rzędzie na Hipokratesa, albo raczej na zbiór pism znanych pod nazwą „corpus hippocraticum", a z tych mają dla poruszonej kwestyi znaczenie następujące trzy: „de septimestri partii" i „de partu octimestri", obydwa najprawdopodobniej knidyjskiego pochodzenia, jakoteż „de carnibus" [1]), które jak Haeser[2]) twierdzi, pochodzi z czasów poarystotelesowych.

Podobnie jak w całej patologii Hipokratesa, tak i w nauce jego o ciąży odgrywa liczba 7 wielką rolę. Je-

[1]) Magni Hippocratis opera omnia ed Kühn. Lipsiae 1825 T. 1.

[2]) H. Haeser; Lehrbuch der Geschichte der Medicin u. der epidemischen Krankheiten Jena 1875 T. 1.

żeli dziecko ma się uważać za donoszone i żeby mu można dalszy żywot wróżyć, musi ciąża aż do chwili porodu trwać 7 × 40 czyli 280 dni. Wyrażając ten czas w miesiącach księżycowych, otrzymamy 9 całych miesięcy i mniej więcej jeszcze połowę 10 go miesiąca nadto.

Hippokrates wie dobrze, że 280 dni nie stanowcałych 10 miesięcy księżycowych, a jeżeli się mimo to w „corpus hippocraticum" czas trwania ciąży oblicza na miesiące, to dzieje się to dlatego, że ten sposób obliczania był dla położnych, — które się przecież naówczas jedynie położnictwem zajmowały, — łatwiejszym, powtóre, gdyż ten system prawdopodobnie dawnej tradycyi raczej odpowiadał, a po trzecie ponieważ starożytni lekarze w dziełach swoich liczyli się bardzo często z laikami, dla których po największej części pisali. Dla laików zaś musiało być bezwarunkowo łatwiejszem obliczanie podług miesięcy, aniżeli podług dni, lub nawet tygodni. Ztąd to pochodzi, że Hipokrates wprawdzie tu i ówdzie, o ile idzie o teoretyczne wywody, na dni ciążę oblicza, po za tem zaś tylko o trzy, — cztero — pięcio — i t. d. — miesięcznej ciąży mówi.

Że zaś lekarze starożytni o miesiącach księżycowych mówią, pochodzi to mojem zdaniem stąd, że podług mniemania jednych do zapłodnienia przyczyniało się najbardziej spółkowanie pod koniec miesiączki, podług zaś innych z początkiem miesiączki. Tak kończącą się miesiączkę, jak i jej początek wprowadzali niektórzy w związek ze stanem księżyca. Najczęściej uważano czas pełni księżyca za najodpowiedniejszy do zapłodnienia, a obserwacya wykazała, że dziecko wtedy przychodziło na świat silne, gdy się księżyc pokazał od chwili zapłodnienia dziesięć razy w pełni [3]). Stąd prawdopodobnie pochodzi, że lekarze starożytni mówili o 10-miesiącach księżycowych.

Już Hippokrates uważał dziesięciomiesięczną ciążę za prawidłową. Przez to ostatnie pojęcie rozumiał on ciążę, która po upływie 280 dni lub co najmniej po ukończonych 10 dniach dziesiątego miesiąca się kończyła, a dzieci, które się w tym czasie rodziły, uważał za dostatecznie silnie, by mogły niejedno złe na tym świecie znieść: „novem autem mensium et decem dierum foetus editur et vitalis est" [4]). Nie musiały więc 10-miesięczne noworodki po upływie dziesięciu miesięcy na świat przychodzić, lecz uchodziły już za takie, jeżeli tylko w ciągu dziesiątego miesiąca ciąży się rodziły. — Gdy ciąża rzeczywiście tylko 280 dni, lub też nawet cokolwiek mniej, trwała, natenczas rodziły się wprawdzie zdolne do życia dzieci, lecz na te nie dawano, — pomimo ich zdolności żywotnej, — o wiele więcej, aniżeli na siedmiomiesięczne płody; tak, że liczbę 280 dni należy uważać tylko za najniższą granicę dla dziecka według wszelkich wymagań nauki zdrowego, „et supersunt quidem hi (qui in utero ad nonum mensem venerunt) non minus quam septimestres, quamquam etiam ex his pauci educantur..... is vero potissimum foetus servatur, qui nono mense iam affecto in lucem editur" [5]).

Z późniejszych autorów należy przedewszystkiem wymienić Celsusa i Soranusa. Celsus [6]), który się nie wdaje w szczegóły ginekologiczno-położnicze, nie oblicza w ogóle czasu trwania ciąży i nie mówi ani o dniach, tygodniach lub miesiącach ciąży. Natomiast Soranus [7]) zastanawia się jedynie nad miesiącami ciąży i uważa poród za prawidłowy, jeżeli się on w siódmym, dziewiątym lub dziesiątym miesiącu odbywa, gdyż dzieci, które w tym czasie na świat przychodzą, zdolne są do życia. Wszystkie porody, które się w jakimkolwiek innym miesiącu, — nie wyłączając ósmego, — odbywają, są nieprawidłowe, albowiem nie można płodu wtedy w żaden sposób przy życiu utrzymać W każdym razie Soranus wspomina o dniach ciąży tylko o tyle, o ile idzie o poronienia; podczas gdy w drugiej połowie ciąży — i na to szczególniejszy kładziemy nacisk, — oblicza czas jej trwania jedynie na miesiące.

Z natury rzeczy wynika, że skoro się Soranus w ten sposób nad tym przedmiotem zastanawia, że i Moschion nie będzie innym pod tym względem.

On oblicza czas, który upływa od zastąpienia do porodu jedynie na miesiące i żąda dla dziecka donoszonego dziesięciu, a co najmniej dziewięciu lub siedmiu miesięcy ciąży „maxime quidem decimo et nono, secundo ordine septimo, unde difficile est aliquos evadere, qui octavo mense nascuntur" [8]). Faktem więc pozostaje, że i on jedynie o miesiącach mówi.

Jeżeli jeszcze wspomnimy o Galenie, który pomimo zbyt obszernego traktowania innych działów medycyny, z ginekologią i położnictwem bardzo po macoszemu się obchodzi, musimy zaraz zauważyć, że i dla niego istnieją, począwszy od dziewiątego miesiąca ciąży, jedynie miesiące, a nie tygodnie lub dni.

Zupełnie inaczej ma się rzecz przy bliższem zapoznaniu się z poglądami wymienionych tu autorów na poronienie lub poród przedwczesny. Tutaj oblicza się już znacznie częściej czas trwania ciąży na dnie, przyczem naturalnie nie mamy na myśli pierwszego miesiąca ciąży, gdyż wtedy nie może być inaczej. I tak podług Hipokratesa [9]) najwięcej kobiet roni w pierwszych czterdziestu dniach, objawy ciąży, znane pod nazwą „κισσα" występują podług Soranusa [10]) zazwyczaj około czterdziestego dnia ciąży; noworodki z siódmego miesiąca ciąży są według Hippokratesa [11]) zdolne do życia, gdy po upływie $182^1/_2$ dni, lub — jak z innego miejsca „corporis hippocratici" wynika. — gdy ciąża trwała 185 dni. Z innego znowu dzieła, przypisywanego Galenowi [12]), z pewnością jednak nie jemu swoje powstanie zawdzięczającego, wynika, że noworodek jest w stanie żyć, jeżeli ciąża trwała co najmniej $185^1/_2$ dni.

Powyżej siódmego miesiąca, a szczególniej w ostatnich dwóch miesiącach ciąży, obliczają wszyscy starożytni autorowie czas jej trwania jedynie na miesiące, tak, że jeżeli prof. Schultze chce pojęcie 10 miesięcy księżycowych z terminologii położniczej usunąć, uważając je za nieodpowiednie i z rzeczywistym czasem trwania ciąży za niezgodne to nie można mu ani z punktu widzenia teoretycznego, ani

[3]) Soranus: περὶ γυναικείων παθῶν Ed. Rose lib. I. cap. X. 41.
[4]) Hippocr: »de carnibus« K. I. str. 442.
[5]) Hippocr: »de septimestri partu liber« K. I. str. 449 u. 450.
[6]) Aur. corn. Celsi: »de medicina« Basileae MDCCLVIII.

[7]) Soranus: lib. I. cap. XX. 66.
[8]) Gynaecia Muscionis ed. Rose. lib. I. 78.
[9]) Hippocr. »de septimestri partu«.
[10]) Soranus: lib. I. cap. XVI. 54.
[11]) Hippocr.: »de septimestri partu«. str. 444.
[12]) Galeni: »de septimestri partu« w z biorze »Galeni pergameni opera sumptibus Lazari Zetzneri« 1604.

praktycznego nie zarzucić. Jeżeli zaś na poparcie swoich wywodów powołuje się na historyę położnictwa, natenczas należy się zastrzedz, że ze stanowiska historyi określanie czasu trwania ciąży podług miesięcy jest stanowczo bardziej uzasadnione, aniżeli podług tygodni lub dni.

III. Z kliniki lekarskiej Prof. Dr. A. Gluzińskiego we Lwowie.

O myastenii.

Napisał

Dr. Roman Rencki,

asystent kliniki.

(Ciąg dalszy).

Zbierając w krótkości najistotniejsze objawy powyższego obrazu chorobowego widzimy, że u kobiety młodej, 27-letniej, przedtem zdrowej, szybko po silnem uderzeniu ręką w kark wystąpił szereg zboczeń mięśniowych równocześnie, bez żadnej kolejności w rozlicznych narządach. A więc: osłabienie w mięśniach zewnętrznych i wewnętrznych oka, w mięśniach żucia i połykania, w zakresie nerwu twarzowego, opadnięcie powiek oraz osłabienie mięśni karku i kończyn, przy braku choćby najmniejszego zaniku mięśniowego, oraz zmian w czuciu i odruchach ścięgnistych. Nasilenie stanu chorobowego było w ciągu jednego i tego samego dnia bardzo zmienne, a wahania zmieniały się z dnia na dzień przez szereg tygodni. Wśród znużenia się mięśni pod wpływem prądu przerywanego stwierdziliśmy odczyn myasteniczny, choć niewielkiego stopnia, nie znaleźliśmy natomiast nigdy odczynu zwyrodnienia. Przeszło dwuletnia obserwacya chorej wykazała jeśli nie wyleczenie zupełne, to bardzo znaczną poprawę ogólnego stanu.

Wszystkie powyżej wspomniane objawy chorobowe umożliwiły w danym przypadku właściwe rozpoznanie. Rozpoznanie to w pierwszej chwili mogło napotkać na pewne trudności.

Z powodu niestałości objawów, braku zaników, możnaby myśleć o nerwicy — histeryi, — tem więcej, że uderzenie w kark, które miało poprzedzić wystąpienie choroby, mogło w danym przypadku zadziałać jako uraz psychiczny. Przeciw temu jednak rozpoznaniu przemawiał brak usposobienia neuropatycznego, podwójne widzenie, opadnięcie po wiek, a przedewszystkiem brak wszelkich zaburzeń czuciowych i jakichkolwiek znamion histerycznych.

Wykluczyć należało również kiłę mózgowo-rdzeniową, zwłaszcza kiłowe zapalenie opon mózgowych na podstawie czaszki, w którego przebiegu spotykamy nieraz częste i nagłe wahania. Do takiego rozpoznania nie mieliśmy głębszej podstawy. W wywiadach chorej nie stwierdziliśmy przebytej kiły, a wynik badania przedmiotowego w tym kierunku był ujemny; chora nie skarżyła się przytem na bóle głowy, na dnie oka nie stwierdziliśmy zmian; nie wykazaliśmy żadnych zaburzeń w odruchach ścięgnistych.

Schorzenie nerwów obwodowych, jako *polyneuritis* po jakiejś przebytej chorobie zakaźnej, n. p. po grypie, nie wiele mogło w danym przypadku wchodzić w rachubę; wywiady nie przemawiały za tem i nie stwierdziliśmy objawów ściśle porażennych i zmian w czuciu; odruchy były utrzymane; a podobne wahania niedomogi mięśniowej nie zdarzają się wcale w przebiegu zapalenia nerwów.

Pewne podobieństwo mógł przedstawiać ten przypadek do postępującego porażenia opuszkowego *(paralysis bulbaris)*, w którem znużenie pewnych gromad mięśniowych w pierwszych początkach choroby poprzedza porażenie i zaniki mięśniowe. Nie odpowiadały jednak temu podwójne widzenie, które na pierwszy plan wystąpiło, brak stale postępującego porażenia i zaników mięśniowych, wreszcie ciągłe wahania w nasileniu choroby, które wykluczały przyjęcie głębszych zmian anatomicznych.

Przebieg całej choroby wykluczył zanik mięśniowy postępujący *(atrophia musculorum progressiva)*, który poprzedzać może typowe nużenie się mięśni, jakto opisuje w jednym przypadku L. Laquer[27]).

Wykluczyć wreszcie należało *polioencephalomyelitis*, która klinicznie, a często anatomicznie, nie da się odgraniczyć od myastenii, tem więcej, że i tu znużenie mięśniowe, oraz jego wahania, występują na pierwszy plan. Podobieństwo jest tak wielkie, że n. p. Brissaud i Lantzenberg[28]) identyfikują obie te sprawy chorobowe. Brak jednakowoż jakichkolwiek zaników mięśniowych w naszym przypadku, wybitne i tak trwałe remisye, przemawiałyby raczej przeciw *polioencephalomyelitis*.

Nie pozostało zatem nic odpowiedniejszego, jak przyjęcie myastenii. Temu rozpoznaniu najlepiej odpowiadały wszystkie objawy, wśród których pierwsze miejsce zajmowało nieprawidłowo nadmierne nużenie i łatwe wyczerpywanie się siły ruchowej układu mięśniowego, zmienność nasilenia objawów przy braku jakichkolwiek zmian zanikowych w samych mięśniach.

Przypadek nasz, jakkolwiek typowy, przedstawia pewne nie tak często spotykane szczegóły, które tu podnieść należy. I tak wystąpienie pierwszych objawów chorobowych poprzedzić miał uraz w okolicę karku, który chora uważa za przyczynę swego cierpienia. Z czynnikiem tym w etyologii myastenii w ogłoszonych dotąd przypadkach nie spotkaliśmy się nigdzie. Czy jednakowoż urazowi temu w danym przypadku należy przypisać jakieś głębsze znaczenie, rozstrzygnąć wobec niedostatecznej znajomości zmian anatomo-patologicznych, trudno.

Mógł on być tylko okolicznością przypadkowo towarzyszącą rozwijającemu się schorzeniu, nie mając żadnego wpływu na jego powstanie i przebieg; mógł jednakowoż być czynnikiem usposabiającym wśród innych, nieznanych nam dotąd przyczyn, do powstania choroby. W każdym razie, uderzyć nas musi to nagłe wystąpienie objawów chorobowych tuż po urazie tak, że milczeniem go pominąć nie możemy.

Mięśnie zewnętrzne gałki ocznej okazywały niezwykłą łatwość nużenia się; ruchy gałek ocznych były znacznie upośledzone, a w miarę dłuższego badania ograniczenie ruchów stawało się coraz większe. Stwierdziliśmy nadto wśród przebiegu zupełne unieruchomienie gałek, które nie utrzymywało się stale. Mieliśmy zatem zupełne porażenie mięśni zewnętrznych i to tylko chwilowe *(Ophtalmoplegia totalis externa intermittens)*, o jakiej wspomina w swoim przypadku Eulenburg *(l. c.)*. Nadto wykazać mogliśmy często i nie zupełnie prawidłowe działanie zwieraczy tęczówki. Źrenice obie były równo szerokie, oddziaływały

[27]) Neurol. Centralbl. 1899 Nr. 2.

[28]) *Ibidem:* 1897 Nr. 11.

przy pierwszej próbie dobrze na światło, wnet jednakowoż występowało znużenie, tak, że po chwili wcale nie oddziaływały. Przekonaliśmy się więc, że i mięśnie wewnętrzne oka nie zawsze muszą w przebiegu myastenii prawidłowo funkcyonować, jak to twierdził Strümpell.

Nużenie się siły ruchowej innych mięśni odpowiadało zupełnie zwykłemu obrazowi choroby. Jedynie nie zauważyliśmy odruchowego działania jednych gromad mięśniowych na drugie, wyczerpanie jednych mięśni nie wpływało na działanie innych. Natomiast stwierdziliśmy nieraz objaw znużenia przy kilkakrotnem opukiwaniu ścięgna rzepkowego. Znużenie mięśnia czworogłowego dość szybko występowało, a każdy następny odruch kolanowy był słabszy; zupełnego zniesienia odruchów kolanowych nie udało się nam osiągnąć.

Mięśnie, wyczerpane zupełnie wykonywaniem ruchów więcej złożonych, mogły bezpośrednio dalej wykonywać ruchy prostsze. Chora, wyczerpawszy się zupełnie, n. p. przy chodzeniu po schodach, mogła jeszcze dalej przez pewien czas chodzić po równi.

Sam przebieg sprawy chorobowej wśród spostrzegania klinicznego okazywał wielką zmienność, jakkolwiek w ogólności uporczywie utrzymywał się w jednych i tych samych granicach, nie okazując wcale dążności do stanowczej poprawy. W dalszym ciągu trwania choroby bez żadnego wpływu nagle nastaje poprawa, która postępowała trwale, a wreszcie objawy znużenia mięśniowego w zupełności prawie ustąpiły tak, że chora uważa się obecnie za zupełnie zdrową.

Skreślając na podstawie naszej obserwacyi oraz opisanych dotąd przypadków obraz kliniczny myastenii, podnieść należy względnie nie tak częste jej występowanie. Liczba opisanych dotąd spostrzeżeń dochodzi około 100, a i z pośród nich niejeden tylko dla klinicznego przebiegu tu zaliczonym został.

W ambulatoryum kliniki lekarskiej lwowskiej w przeciągu lat 4 na 6384 mężczyzn i 6008 kobiet, czyli razem na 12392 chorych, znaleźliśmy tylko jeden powyżej opisany przypadek myastenii. Kalischer stwierdził ją w poliklinice na 3000 chorych 3 razy.

Etyologia. Choroba rozwija się najczęściej u ludzi młodych poniżej lat 30; wiek lat 12—15 jest najwcześniejszy z opisanych dotąd przypadków; po roku 30 coraz rzadziej występuje, lecz nie oszczędza wieku późniejszego, bo znane są przypadki po roku 45 i 50.

Płeć chorych i wpływ dziedziczności nie ogrywają żadnej roli przy powstawaniu cierpienia.

Przyczyny choroby zazwyczaj pacyent żadnej nie podaje; w naszym przypadku miał być powodem silny uraz w okolicę karku. Bez wszelkiego znaczenia są nadmierne wysiłki fizyczne, przeziębienia, wzruszenia umysłowe i t. d. Stwierdzono natomiast pojawianie się myastenii w następstwie przebytych ostrych chorób zakaźnych; kilkakrotnie stwierdzono przebytą grypę, zaburzenia przewodu pokarmowego (Feinberg[29]), dur brzuszny. Obwiniają także o przyczynę stany niedokrewności, nowotwory. Senator uważa w swoim przypadku znaczną niedokrewność w następstwie *mycloma multiplex*, jako przyczynę, która w ustroju z niedokształconym układem nerwowym wywołała porażenie asteniczne. W przeważającej liczbie przypadków chorzy przed wystąpieniem tego cierpienia byli zdrowi i nie skarżyli się na żadne dolegliwości. Nie należy więc do powyższych okoliczności zbyt wielkiej przywiązywać wagi, gdyż mogły one być przypadkowe i nie stały w żadnym przyczynowym związku ze sprawą chorobową. Istotnej przyczyny cierpienia nie udało się dotąd wykazać. Zmienność objawów chorobowych skłoniła przeważną część autorów do szukania przyczyny w zatruciu ustroju (Goldflam, Jolly, Pineles, Unverricht, Schultze i in.). Czy te trucizny dostają się z zewnątrz ustroju, czy są one następstwem jakichś zaburzeń w samym ustroju (*autointoxicatio*), rozstrzygnąć nie podobna. Nie mamy też żadnej wiadomości jakiego to rodzaju mogą być te przypuszczalne trucizny, czy działają one jako ptomainy, czy też w inny jaki sposób. Że zatrucia toksynami mogą dawać podobne objawy, nie ulega wątpliwości. Wszak prątek odkryty przez Ermangena w gnijącem mięsie daje toksyny, które w najmniejszej ilości u małp i kotów dają podobne objawy myasteniczne jak: opadnięcie powiek, porażenie akomodacyi, trudność połykową, bezgłos, a czasem porażenia kończyn. Podobne objawy dają niektóre zatrucia rybami, cholina, muskaryną i hidrokolidyną.

Interesującym jest przypadek Feinberga, w którym myastenia pojawiła się w przebiegu niedrożności jelit kałowej; z chwilą przywrócenia drożności ustąpiły objawy myasteniczne. Jakie trucizny tworzą się przy gniciu w przewodzie pokarmowym, dokładnie nie wiemy. Czy indol, skatol siarkowodór grają tu jaką rolę, jest jeszcze rzeczą wątpliwą, gdyż doświadczenia z nimi robione przez Roghviego nie dały dodatniego wyniku.

Możliwą jest rzeczą, że wytwarza się pod wpływem nieznanych nam czynników toksalbumina, która ma szczególne powinowactwo do rdzenia przedłużonego. Tu bowiem chętnie umiejscowiają się substancye toksyczne, jak: w przebiegu grypy, kiły, oraz błonicy.

Czy schorzenie mięśni samych nie jest przyczyną choroby i czy w nich nie nagromadzają się istoty działające nużąco na same mięśnie, jak to przyjmuje Laquer, o tem nic pewnego powiedzieć nie możemy. Przyszłe badania w tym kierunku okazują się niezbędne. Nie bez znaczenia też są rozsiane zmiany nowotworowe w mięśniach w przypadku opisanym przez Laquera.

Anatomia patologiczna. Odnośnie do zmian anatomicznych w kilkunastu przypadkach wynik badania był przeważnie ujemny, bo nawet najszczegółowsze badania mikroskopowe żadnych zboczeń w ośrodkowym układzie nerwowym wykazać nie mogły. Vidal i Marinesco znaleźli przy pomocy barwienia metodą Nissla nieznaczne zmiany — *chromatolysis* — w jądrach n. n. II, VI, VII i XII, oraz w szarych rogach przednich; nie znaleźli zaś żadnych wybroczyn ani rozszerzenia naczyń, jakie zazwyczaj spotykano w *polioencephalomyelitis*.

Podnieść jednakowoż tu należy, że w przypadku tym utrzymywał się przez kilka dni przed śmiercią stan gorączkowy, który mógł wywołać podobne zmiany. Bez żadnego znaczenia jest zwyrodnienie korzeni śródrdzeniowych n. pod-

[29]) Fall von asthenischer Bulbärparalyse in Folge von Autointoxicationen. Neur. Centrbl. 1900 W. 3.

językowego, które Mayer[30]) przy pomocy metody Marchi'ego wykazał; jądra n. podjęzykowego były prawidłowe. Murri znalazł zmiany nieznaczne: jak przekrwienie i wybroczyny w zwojach podstawowych, oraz w niektorych komórkach jądra n. podjęzykowego chromatolizę jądra Autor sam uważa te zmiany za schyłkowe.

W mięśniach po raz pierwszy dotąd wykrył poważne zboczenia Weigert w przypadku myastenii, opisanym przez Laquera. Znalazł on mianowicie (w mięśniu naramiennym i przeponie) liczne drobne komórki, które były na omięsnej zewnętrznej, oraz wnikały tu i ówdzie w głąb pomiędzy włókna mięsne.

Włókna tkanki łącznej elastycznej okazywały w odnośnych miejscach rozrzedzenia, a włókna mięsne zachowały jeszcze dobrze swe prążkowanie poprzeczne i tylko tu i ówdzie rysunek ich był zatarty. Komórki te były pochodzenia nowotworowego i uważać je należy za przerzuty nowotworu złośliwego grasicy, który usadowił się w śródpiersiu przodkowem na miejscu grasicy, a zrastał się z osierdziem i lewem płucem.

Guz ten wrastał w światło drobnych żył i tętniczek. O wiele mniej tych komórek znaleziono w sercu i osierdziu. W nerwie przeponowym i błędnym oraz w ośrodkowym narządzie nerwowym podobnych zmian nie wykazano.

Że tak liczne nagromadzenie obcego pochodzenia komórek nie mogło być bez wpływu na czynności mięśni, — nie ulega wątpliwości. W jaki jednak sposób wpływ ten zadziałał, czy drogą chemiczną, czy przez spowodowanie zaburzeń w krążeniu, określić nie można. Może wchodził tu w grę znany szkodliwy wpływ obecnej grasicy? Uwagi godnem jest w tym przypadku zejście się równoczesne myastenii ze schorzeniem grasicy, tem więcej, że nie jest to spostrzeżenie odosobnione. Hansemann znalazł w przypadku z objawami myastenicznymi Oppenheima chłoniako mięsaka (*lymphosarcoma*) gruczołu grasicowego.

Weigert nie sądzi, jakoby przez znalezienie zmian w mięśniach rozwiązaną została zagadka myastenii. Zmiany w mięśniach przez niego opisane są tak znaczne, że nie byłyby uszły uwagi innych badaczy. Być może, że w przyszłości okaże się, że tylko pewna gromada przypadków myastenii ma swą przyczynę w podobnych zboczeniach układu mięśniowego, a wtedy należałoby ją od innych oddzielić.

Narządy zewnętrzne zazwyczaj zmian nie okazują; w płucach stwierdzano często objawy zapalne.

Objawy kliniczne. Choroba rzadko objawia się w samych początkach zawrotami, bólami głowy, zwłaszcza potylicy, karku lub w kończynach. Bóle te i zawroty nie są znaczne, a chorzy zazwyczaj charakteryzują je jako uczucie zmęczenia. Czasem skarżą się na światłowstręt, migotanie przed oczyma, uczucie ciężkości w piersiach, bicie serca i t. d. Początek i przebieg choroby jest w jednych przypadkach nagły, w innych objawy początkowe trwają kilka miesięcy, a nawet lata, zanim rozwinie się w całej pełni obraz myastenii. W 2 przypadkach Goldflama w przeciągu 2 tygodni chorzy (m. i k.) nie mogli się obrócić w łóżku, ani sami żywić. Zazwyczaj jednym z pierwszych objawów bywa osłabienie ruchowe i przedewszystkiem szybkie nużenie się jednej lub kilku gromad mięśniowych. Nie w każdym przypadku zaczyna się ono od jednej i tej samej gromady. Z reguły prawie najpierw występują zmiany w mięśniach, które są zaopatrzone przez jądra ruchowe rdzenia przedłużonego i zwojów podstawowych.

W nich zmiany czynnościowe są najwybitniejsze i utrzymują się przez cały czas trwania choroby, nadając jej charakterystyczne piętno. Ale i tu nie mamy nigdy stałej kolejności w powstawaniu objawów. Zwykle jednym z pierwszych jest podwójne widzenie i opadnięcie powiek, w innych przypadkach najpierw występują utrudnienie żucia, mówienia i połykania, a później zaburzenia ze strony ócz. W dalszym przebiegu pojawia się osłabienie w mięśniach tułowia, zwłaszcza karku, oraz w kończynach. Znane są jednak przypadki, w których właśnie naprzód wystąpiło schorzenie w tych mięśniach, zaznaczając się osłabieniem kończyn dolnych i górnych i opadnięciem głowy ku przodowi (Silbermarck[31]), a dopiero później pojawiły się zmiany w oczach, oraz objawy opuszkowe. (dok. nast.).

[30]) Neurol. Centralbl. 1894 Str. 398.

[31]) Neurol. Centralbl. 1897 W. 6.

IV. Oceny i sprawozdania.

Leczenie zapomocą ćwiczeń bezładu (ataksyi) u chorych na wiąd rdzenia.

Zebrał
Dr. Józef Zakrzewski,
kierownik lecznicy »Maryówka« pod Lwowem.

Przed jedenastu laty, na Zjeździe przyrodników w Bremie wypowiedział Dr. Frenkel, lekarz szwajcarski, zdanie, że bezład (*ataxia*) można zupełnie usunąć zapomocą ćwiczeń; zdanie to jednak, niepoparte dowodami, przyjęto z niedowierzaniem i pominięto milczeniem. Dopiero wyniki leczenia, które ogłaszał Frenkel, a później Hirschberg i Raymond w Paryżu, oraz Ostankow w Petersburgu zainteresowały wielu lekarzy, a na ich czele stanęli Leyden i Goldscheider.

Od czasu publikacyi Leydena i Goldscheidera (1892) sprawa stała się głośną w Niemczech i we Francyi; w Austryi stosuje metodę Frenkla Dr. Bum w swym zakładzie wiedeńskim, a w Warszawie Dr. Stróżecki.

Zachęcony przez prof. Gluzińskiego, oraz pomyślnym wynikiem w jednym przypadku, leczonym w lwowskiej klinice lekarskiej zapoznałem się bliżej z piśmiennictwem tego przedmiotu, a w Berlinie u prof. Goldscheidera przekonałem się naocznie, że zdanie Frenkla wypowiedziane w Bremie, nie było bezpodstawnem.

Jeszcze w roku 1878 Leyden w swej pracy „O chorobach rdzenia“ zwrócił uwagę, że silne mięśnie mogą częściowo zrównoważyć bezład u cierpiących na wiąd rdzenia. Za tą myślą przewodnią poszedł Frenkel, lecz wkrótce spostrzegłszy, że u chorych na bezład, którzy przez same częste i systematyczne badanie ruchów kończyn, wykazywali zmniejszenie się cierpienia, przyszedł do przekonania, że nie wzmacnianie mięśni, ale ćwiczenie prawidłowe ruchów kończyn sprowadza poprawę cierpienia. Zdaniem tem stanął Frenkel w zupełnej sprzeczności z Leydenem, gdyż wedle Leydena należałoby wzmacniać siłę mięśni, gdy przeciwnie Frenkel stara się systematycznem ćwiczeniem ruchów kończyn zwalczać tę nadmierną pracę mięśniową, która jest charakterystyczną dla ruchów ataktycznych. Na ten temat powstał i do dziś trwa spór literacki, w którym Leyden chce przedstawić się nawet jako twórca tej metody leczenia. Zdaniem mojem jest to jeden dowód więcej,

że metoda ta jest dobra, jeżeli Leyden o jej autorstwo walczy.

Frenkel nie odmawia znaczenia sile mięśni w powstawaniu bezładu; owszem przyznaje, że u silnego mężczyzny rozwija się ona znacznie powolniej, niż np. u kobiety o wiotkich mięśniach. Przy raz rozwiniętym jednak bezładzie samo wzmacnianie mięśni nie sprowadza najmniejszej poprawy, czego dowodem zupełna bezskuteczność mięsienia i gimnastyki biernej. Frenkel jako uczeń Charcota przyjmował pierwotnie jako przyczynę bezładu zmiany w ośrodkach kojarzennych (koordynacyi), wedle hipotezy Erb-Charcota. Dla zbicia tej hipotezy wystarczy przytoczyć fakty, jak np., że bezład przy zniesionej kontroli wzroku znacznie się zwiększa, lub że objawy ataktyczne ulegają znacznym zmianom zależnie od okoliczności, w jakich je spostrzegamy, np. w pozycyi stojącej a leżącej itp.

Później jednak tak Frenkel, jak i większość autorów, zajmujących się tą sprawą, uznali teoryę czuciową, postawioną przez Goldscheidera i Leydena, za jedynie racyonalne wyjaśnienie bezładu. Wedle tej teoryi kojarzenie ruchów jest bezpośrednio zależne od prawidłowego stanu sfery czuciowej. We wszystkich dokładnie badanych przypadkach wiądu rdzenia pacierzowego dają się wykazać zaburzenia w czuciu skórnem i mięśniowo-stawowem. Do zupełnego zwycięztwa tej teoryi brak jednak wykazania równomiernego stosunku jakości zmian w czuciu do zmian w kojarzeniu. Często u chorego na wiąd, u którego możemy wykazać bardzo małe zmiany w czuciu, spotykamy bardzo znaczne zaburzenia w kojarzeniu i na odwrót. Twórcy teoryi czuciowej nie umieli dać w tej sprawie należytego wyjaśnienia; próbowali wprowadzić tu czynniki psychiczne, indywidualność jednostek itp. Dopiero nadzwyczaj ścisłe badania Frenkla zdołały i te zagadnienia wyjaśnić. Badaniem bardzo wielu chorych na wiąd wykazał on u każdego z nich i w każdym okresie choroby nawet i przed pojawieniem się pierwszych objawów bezładu, pewne właściwości mięśni, które określił mianem hipotonii. Wykazał mianowicie, że chory na wiąd są w stanie wykonywać z łatwością takie ruchy kończyn, jakich zdrowy człowiek nie wykona, jak np. dotykanie wyprostowaną nogą twarzy w pozycyi leżącej lub nawet siedzącej, wogóle ruchy charakterystyczne dla linoskoczków i akrobatów, którzy od dzieciństwa muszą być nałamywani do tych zwrotów. Hipotonia zatem jestto ów objaw, uwidoczniający się niezwykłą ruchomością bierną i czynną pojedynczych grup mięśniowych.

Nadmierną ruchomość kończyn u chorych na wiąd tłómaczą niektórzy znaczną wiotkością mięśni. Hipotonia Frenkla z wiotkością niema jednak żadnego związku, gdyż wykazał on nieraz znaczne objawy hipotoniczne u osobników z znakomicie rozwiniętymi mięśniami, a przeciwnie bardzo nieznaczne zmiany hipotoniczne u osobników charłaczych z bardzo zwiotczałymi mięśniami.

W przypadkach zatem niestosunku pomiędzy zaburzeniami w sferze czuciowej a objawami kojarzennymi gra niewątpliwie najważniejszą rolę stan hipotonii. Wykazanie tej zależności jest obecnie tematem badań dalszych Frenkla.

Jeżeli zatem zmiany w czuciu, a zwłaszcza zmiana czucia mięśniowego, spowodowują bezład, to zdawałoby się, że sposób jego leczenia powinienby polegać na poprawieniu czucia skórnego lub mięśniowo-stawowego. Tak jednak nie jest, gdyż przez ćwiczenie kończyn i ruchów ciała nie zdołamy poprawić stanu sfery czuciowej.

Przewodnią myślą leczenia jest, że narządy ośrodkowe kontrolujące przyspasabiają się przez ćwiczenie do tego, aby zadawalniać się pewnem *minimum* bodźców czuciowych. Trafne porównanie zrobił Bum w swej rozprawce, zestawiwszy chorego na bezład z nagle zubożałym gospodarzem, który przedtem miał wiele środków do dyspozycyi, a pozbawiony ich, nie umie sobie dać rady, aby mógł przyjść do równowagi ekonomicznej; trzeba mu dopiero pokazać, jak sobie ma radzić, trzeba go nauczyć, jak ma z resztkami swego mienia dojść do względnej równowagi, i tego nauczyć można, mianowicie gospodarza radą i wskazówkami, a chorego na wiąd rdzenia systematycznem ćwiczeniem jego ruchów.

Celem takiego ćwiczenia nie jest bynajmniej, — jak już wspomniałem, — wzmocnienie mięśni; nie jest to gimnastyka w zwykłem słowa znaczeniu.

Przez bardzo długie i wielkiej cierpliwości wymagające wykonywanie stosownych ruchów czynnych kończyn usiłujemy przyzwyczaić pojedyncze grupy mięśni i ich antagonistów do harmonijnego współdziałania. Właściwie zatem nie ćwiczenie mięśni, ale ćwiczenie nerwów jest tu środkiem, prowadzącym do celu. Zwykła gimnastyka, a zwłaszcza wszelkie ćwiczenia siłowe, są wprost przeciwwskazane. Frenkel nie szczędzi przestróg przed stosowaniem gimnastyki szablonowej, a zwłaszcza wykonywanej przez niepowołanych. Wykazał on przedewszystkiem, że u chorych na wiąd uczucie znużenia często bywa całkiem zniesione, albo conajmniej znacznie zmniejszone, że zatem trudno oznaczyć granicę czasu ćwiczeń, a dalej zwraca uwagę na znaną łatwość rozdzierania mięśni i ścięgien u chorych na wiąd i wielką łamliwość kości, które często zdarza się bez świadomości tak masowanego, jak i masującego. Tylko w przypadkach znacznego stopnia hipotonii wskazanem jest umiejętne masowanie mięśni, a w przypadkach znacznego zwiotczenia stawów musimy czasem uciekać się do zastosowania przyrządów podtrzymujących.

Co do techniki samych ćwiczeń, to Frenkel nie posługuje się prawie żadnymi przyrządami, gdy przeciwnie Goldscheider, a zwłaszcza Leyden i Jakob wykonali cały szereg takich, które mają leczeniu pomagać, a nawet je upraszczać. Frenkel w swem znakomitem dziele „die Behandlung der tabischen Ataxie mit Hilfe der Uebung“ zwalcza bardzo energicznie wartość wielu z tych przyrządów. Pod jednym względem przyznaje im wartość pozorną, t. j. pod względem wygody leczącego, gdyż użycie niektórych przyrządów umożliwia wykonywanie ćwiczeń bez kontroli i obecności lekarza. Przyrządy te i mojem zdaniem, jak naocznie w Berlinie przekonać się mogłem, są po większej części niewłaściwe do leczenia, gdyż nawet zupełnie zdrowy człowiek musi natężać nietylko uwagę, ale i mięśnie, ażeby np. stąpając po schodach, trafić zawsze stopą w wycięcie kształtu stopy umieszczone na stopniach, a czy możliwe to dla balansującej kończyny chorego na uwiąd? Przyrządy takie byłyby dobre, gdyby zależało na wyuczeniu kogoś zdrowego ruchów precyzyjnych, a więc dla baletników, linoskoczków lub coś podobnego. U chorego chodzi jednak o wyćwiczenie go w najzwyklejszych ruchach, potrzebnych w codziennem życiu, a więc i chodzenie po schodach ćwiczy Frenkel, ale bez niepotrzebnych dodatków. Sala ćwiczeń Frenkla to rodzaj korytarza 20 metrów długiego, a 3—4 metrów szerokiego, dobrze oświetlonego, o dokładnie gładkiej podłodze. Pod ścianami widać kilka przyrządów, jak schody i rodzaj poręczy i liczne stołki lekkie, wygodne; na podłodze różne rysunki, jak linie proste, wązkie i szersze, dalej wężowe, szematy stóp w rozmaitych pozycyach. Ze dwa lub trzy tapczany, zależnie od liczby ćwiczących się, służą do ćwiczeń w pozycyi leżącej.

Ćwiczenia dzielimy wogóle na cztery stopnie: pierwszy stopień w pozycyi leżącej, drugi w pozycyi siedzącej, trzeci w stojącej i czwarty w chodzącej. We wszystkich czterech stopniach wykonuje się ćwiczenia najprzód pod kontrolą wzroku, później bez niej, a nakoniec z zamkniętemi oczami. Chorzy możliwie lekko ubrani wykonują ćwiczenia w początkach pojedynczo, później, gdy mogą już wykonywać ćwiczenia chodząc, grupami po 3—4, zawsze pod nadzorem i komendą lekarza. Jedno ćwiczenie nie powinno trwać dłużej nad 2—4 minut, a całe jedno posiedzenie najdłużej pół godziny. Posiedzeń takich dziennie powinno być do trzech, zależnie od stanu i wytrzymałości chorych. Ze względu na zdarzający się brak uczucia znużenia u chorych na wiąd powinien lekarz prowadzący ćwiczenia często badać

stan serca u chorych przed i po wykonaniu ćwiczenia i tem się kierować w oznaczeniu czasu trwania ćwiczeń. U każdego chorego bez względu na stan choroby powinno się ćwiczenia rozpocząć od najprostszych w pozycyi leżącej i pomału stopniując przechodzić wszystkie cztery stopnie. Dozowanie i oznaczenie jakości ćwiczeń jest już rzeczą obserwacyi i doświadczenia lekarza; prawidło ogólne jest tu niemożliwe. Leczenie trwa 3—4 miesięcy. Często już po pierwszych ćwiczeniach, może drogą psychiczną, następuje znaczna poprawa objawów ataktycznych, nie można się jednak łudzić tym stanem chwilowym, gdyż wkrótce powraca zwykle poprzedni obraz objawów, wymagający wielkiej, bardzo wielkiej cierpliwości obu stron, tak leczonej, jak i leczącej.

Jakkolwiek, powiada Frenkel, w każdym przypadku bezładu powinno się próbować jego sposobu leczenia, to jednak są pewne stany, stanowiące wprost przeciwskazanie, lub rokujące z góry wątpliwy wynik. Przeciwskazaniem takiem jest np. ślepota chorego, dalej znaczne jego wyniszczenie, a zwłaszcza wszelkie wady organiczne, jak wada serca, która przez ćwiczenia musiałaby się spotęgować. Niemożliwe jest takie leczenie przy wszelkich zaburzeniach psychicznych, gdyż warunkiem powodzenia jest tu jasny umysł chorego. Wątpliwy wynik, a często niemożliwe leczenie, przydarza się w formach wiądu rdzenia pacierzowego, rozwijającego się bardzo szybko. Napady bólów wiądowych w czasie leczenia, świadczące o zaostrzeniu się choroby głównej, każą robić przerwy w ćwiczeniach, aż do zmniejszenia się lub ustąpienia bólów. Najpomyślniejsze jest rokowanie w przypadkach, w których nastąpił względny spokój, lub długotrwały zastój w rozwoju choroby głównej, a zatem, gdy oprócz niemożności chodzenia, wszelkie inne dolegliwości przestały męczyć chorego. W takich przypadkach, powiada Frenkel, jeżeli się nie osiągnie pełnego wyniku leczenia, to wina nie metody, ale wykonania jej.

Sposób leczenia bezładu kończyn górnych dzieli Frenkel na zwykłe ruchy mięśniowe i ćwiczenia na szczególnych przyrządach, których podaje wiele, bardzo zresztą prostych, ale niezbędnych. Leczenie to bardzo wdzięczne, daje bardzo zachęcające wyniki, oczywiście przy wielkiej cierpliwości raczej leczonego, niż leczącego.

Z krótkiego tego sprawozdania łatwo wywnioskować, że w metodzie Frenkla posiadamy sposób, pozwalający bezład, ten najprzykrzejszy objaw wiądu rdzenia pacierzowego, często nietylko poprawić, ale i usunąć zupełnie. Droga jednak do tego celu długa i żmudna dla obu stron; „kto jednak, pisze Bum, dożył tej miłej chwili, że ujrzał chorego na wiąd, który lata przeleżał bez ruchu, a po paru miesiącach leczenia podniósł się i chodzi bez pomocy nawet laski, ten został sowicie za trud swój nagrodzony“.

Piśmiennictwo. Dr. H. S. Frenkel: Die Behandlung der tabischen Ataxie mit Hilfe der Uebung (Leipzig, 1900). Prof. Dr. A Goldscheider: Anleitung zur Uebungsbehandlung der Ataxie (Leipzig, 1899) Prof. v. Leyden: Ueber die Behandlung der Tabes dorsalis (Berliner klin. Wochenschrift Nr 17. 1892) Dr. Jakob: Ueber die compensatorische Uebungstherapie bei der Tabes dorsalis (Deutsche med. Wochenschrift 8—10, 1898). Dr. A Bum: Die spinale Ataxie und ihre compensatorische Bewegungsbehandlung (Urban-Schwarzenberg Wien. 1900). Dr. K. Stróżecki: Leczenie wiądu rdzenia (Gazeta lekarska 1897. Nr. 5) Dr. K. Stróżecki: O leczeniu bezładu tabetycznego (Gazeta lekarska 1900. Nr. 39).

• • •

V. Wyciągi.

Dr. Justyn Karliński. **Przyczynek do sprawy przenoszenia się gruźlicy ludzkiej na bydło.** (*Przegląd weter.* 1901). Pod wrażeniem wykładu Kocha na Zjeździe gruźliczym w Londynie i jego zapatrywań, że perlica jest inną chorobą, niż gruźlica ludzka, ogłasza K. wyniki długoletnich swoich doświadczeń. Jeszcze w czasie studyów w Monachium u Pettenkoffera przekonał się kilkakrotnie o nieszkodliwości używania mięsa bydła dotkniętego perlicą. W długoletniej praktyce w Bośnii widział wiele przypadków, że ludzie gruźlicą dotknięci prawie razem żyli z bydłem, bez udzielenia mu perlicy, a od weterynarzy dowiedział się, że w Bośnii perlica jest prawie nieznaną. Te spostrzeżenia skłoniły go, że w roku 1890, przypadkowo równocześnie z pojawieniem się tuberkuliny Kocha, rozpoczął doświadczenia najprzód na bydle bośniackiem, czy ono może być sztucznie zakażone perlicą. W roku 1895 doszedł do przekonania, że bydło bośniackie jest bardzo odporne na gruźlicę. Ponieważ jednak w tym roku zaczęły się pojawiać sporadyczne przypadki perlicy, rozpoczął ponowne badania, które doprowadziły go do następujących wyników: z 25 sztuk bydła, szczepionych prątkami gruźliczymi, otrzymał w 10 przypadkach wynik dodatni, a mianowicie przy zaszczepieniu śródotrzewnowo 4 razy, śródopłucnowo 2, do tchawicy raz, w gruczoł mlekowy raz, pod skórę raz, w jądro raz. Bydło, przedtem na tuberkulinę nie oddziaływujące, okazywało w różny czas po szczepieniu wyraźne oddziaływanie na tuberkulinę, a po zabiciu zmiany gruźlicze. Każdy wynik sekcyi sprawdzano badaniem bakteryologicznem, zawsze z wynikiem dodatnim; 15 wyników jest ujemnych, a mianowicie szczepienie w otrzewnę 5 razy, podskórnie 3, żywienie prątkami 6, do tchawicy 1. Wrażliwość organizmu bydlęcego (rasy bośniackiej) na wszczepione prątki gruźlicze jest nieznaczna, ograniczona, miejscowa. Najwyraźniejsze zmiany były zawsze w miejscu i w sąsiedztwie wszczepienia. Uogólnienia się zakażenia, jak to bywa przy samoistnej perlicy, sztucznie nie wywołał. Dwie sztuki szczepione prątkami pochodzenia bydlęcego okazywały bardzo znaczne zmiany gruźlicze. Przypuszcza więc autor, że hodowle gruźlicze pochodzenia bydlęcego są daleko jadowitsze, niż pochodzenia ludzkiego, za czem także przemawia szybki ich rozwój.

Ponieważ, porównywując hodowle gruźlicze ludzkie i pochodzące z samoistnej perlicy, żadnej różnicy K. nie zauważył, ani w wejrzeniu drobnowidowem lub makroskopowem (prócz szybkości wzrostu), wnioskuje przeto, że organizm bydlęcy ma większą odporność przeciw prątkom pochodzenia ludzkiego. Ztąd nasunęło mu się pytanie, czy nie jest możliwe jadowitość prątków ludzkich zwiększyć przez przeprowadzenie ich przez organizm bydlęcy. W tym celu zaszczepił śródotrzewnowo i podskórnie 6½-letnią jałówkę hodowlą ludzką, a gdy w dwa miesiące jałówka oddziaływała na tuberkulinę, zabił z ognisk serowatych wątroby i śledziony wyhodował prątki i hodowlą tą zakaził 10 miesięczną jałówkę przez wstrzyknięcie do jamy opłucnowej. Po dwóch miesiącach zabite zwierzę okazywało znaczne zmiany gruźlicze w opłucnej, płucu prawem, na osierdziu, przeponie i zserowacenie gruczołów okołooskrzelowych. Wobec ujemnego w poprzednich doświadczeniach wyniku podobnego szczepienia nie odważa się K. twierdzić o zwiększaniu się jadowitości prątków przez przeprowadzenie przez bydło i uważa dalsze badania w tym kierunku za pożądane. W każdym razie zaleca ostrożność w sądzie i uważa za zbyt śmiałe uogólnianie wyników z doświadczeń ujemnych, jak to na Zjeździe w Londynie uczyniono, tembardziej, że *experimentum crucis* u człowieka jest prawie niewykonalne.

Dr. Flis.

Kuttner (Berlin). **Pluskanie, zwiotczenie i opadnięcie żołądka.** (*Berliner klinische Wochenschrift* Nr. 50, 1901). Wyraźne pluskanie, pojawiające się już przy powierzchownem badaniu, jest — według autora — bezwarunkowo objawem chorobowym: przy pełnym żołądku jest ono zawisłe od napięcia warstwy mięśniowej ścian żołądka i powłok brzusznych, natomiast położenie żołądka odgrywa mniej ważną rolę. Pluskanie wówczas przemawia za zwiotczeniem żołądka, jeśli się da wywołać w okresie trawienia; występując zaś w dłuższy czas po trawieniu, wskazuje na niedomogę ruchową. Ilość pozostałych resztek pokarmowych, względnie stopień ruchowej niedomogi żołądka, da się tylko oznaczyć przez badanie zgłębnikiem, względnie płókaniem próbnem w 2—3 godz. po śniadaniu próbnem, albo też w 6—7 godz. po próbnym obiedzie. Jeśli zaś pluskanie pojawia się naczczo, należy stwierdzić, czy nie zachodzi *parasecretio*, czy też ruchowa niedomoga żołądka.

Zwiotczenie żołądka nie jest niczem innem, jak zwiotczeniem mięśniowej warstwy ścian żołądkowych, polegającem na wadzie ustrojowej, będącej częstokroć tylko jednym z objawów ogólnego cierpienia, zwanego *asthenia universalis congenita*, wobec czego żadną miarą nie należy identyfikować zwiotczenia z ruchową niedomogą żołądka. Przy zwykłem zwiotczeniu zdarza się, że ruchowa sprawność żołądka zachowuje się wobec dań próbnych zupełnie prawidłowo: w większości jednak przypadków zachodzi — aczkolwiek nieznaczne — upośledzenie siły ruchowej; przewlekła rozstrzeń żołądka na tle zwiotczenia wytwarza się dopiero wówczas, jeśli do zwiotczenia dołączą się powikłania (n. p. *parasecretio* i t. p.).

Opadnięcie żołądka (*gastroptosis*) rozwija się często skutkiem zwiotczenia: opadnięty żołądek może wprawdzie — przy małych wymaganiach — funkcyonować prawidłowo, większym jednak już sprostać nie zdoła, objawiając to osłabienie upośledzeniem siły ruchowej. Tak zwiotczenie, jak i opadnięcie żołądka winny być le-

czone, nawet przy braku jakichkolwiek objawów niedostatecznego funkcyonowania. *Dr. Henryk Ptsek.*

Hirsch (Lipsk). **Obecny stan nauki o t. zw. stłuszczeniu serca (Fettherz).** *(Münchener medicinische Wochenschrift* Nr. 47, 1901). Po wyczerpującem omówieniu przedmiotu i uwzględnieniu tu należącego piśmiennictwa, dochodzi autor do następujących wniosków: *a)* stłuszczenie serca, jako choroba *sui generis,* nie istnieje; owszem zgodzić się należy z zapatrywaniem Leydena, który w miejsce nazwy „stłuszczenie serca" używa określenia: „przypadłości sercowe u otyłych". *b)* Przypadłości te są rozmaitego rodzaju i mają różne przyczyny. *c)* Jeśli u osobnika otyłego, ale o słabych mięśniach i w średnim wieku (około 40 lat) występują objawy osłabienia serca, wówczas należy mieć na względzie, że mogą one być następstwem niestosunku, zachodzącego między ogólnym rozrostem ciała a siłą mięśnia sercowego; w szczególności należy stwierdzić na podstawie dokładnych wywiadów, czy niema żadnych wskazówek do przyjęcia miażdżycy tętnic wieńcowych, lub innego ciężkiego schorzenia czynnościowego. *d)* U osobników otyłych, ale z silnie rozwiniętem umięśnieniem, dotkniętych niedomogą serca, należy w pierwszym rzędzie myśleć o istnieniu zmian anatomicznych, lub ciężkich czynnościowych schorzeń. Przedewszystkiem zaś wchodzą w grę: ogólne zwapnienie tętnic, a w szczególności wieńcowych, zmiany w nerkach, lub przewlekłe zapalenie mięśnia sercowego. *Dr. Henryk Pisek.*

Hildebrand (Hamburg). **O rozpoznawczem znaczeniu promieni Röntgena w zakresie chorób wewnętrznych.** *(Münchener medicinische Wochenschrift* Nr. 49 i 50, 1901). Na zasadzie dotychczas nabytego doświadczenia w prześwietlaniu można przy pewnem cierpieniu już z góry oznaczyć, czy badanie promieniami Röntgena da wynik dodatni, czy też ujemny — w ostatnim przypadku należy oczywiście od badania odstąpić. Do chorób, w których skiaskopia więcej nie wyjaśnia, aniżeli inne sposoby badania, należą: gruźlica płuc zarówno w swych początkach, jak i w okresie tworzenia się jam; zapalenie płuc, wady sercowe, kamica żółciowa, guzy jamy brzusznej i schorzenia układu nerwowego ośrodkowego. Natomiast ma prześwietlanie wielkie znaczenie w przypadkach zgorzeli płuc i innych głębiej położonych ognisk chorobowych (bąblowiec i t. d.), w guzach śródpiersiowych, tętniakach tętnicy głównej, wreszcie w kamicy nerkowej; w tych wszystkich przypadkach należy, — jeśli tylko najmniejsza bodaj wątpliwość zachodzi, — chwycić się badania zapomocą promieni Röntgena. W innych cierpieniach zależy jedynie od poszczególnego przypadku, czy można się z prześwietlenia spodziewać skutku, czy też nie; — w każdym razie jest ono znakomitym czynnikiem pomocniczym w szeregu metod rozpoznawczych. *Dr. Henryk Pisek.*

Gugenheim. **Pęcherzyca przewlekła na błonie śluzowej górnych dróg oddechowych.** (*Münchener med. Wochs.* 1901, Nr. 51). Dawno już było rzeczą wiadomą, że przy pęcherzycy na skórze pojawia się ta choroba także na błonie śluzowej jamy ustnej i górnych dróg oddechowych. Pierwszy Schrötter przed 30-tu laty opisał dwa przypadki, a w 1899 roku Menzel zebrał 40 przypadków pęcherzycy na błonie śluzowej górnych dróg oddechowych. Zmiany na błonie śluzowej powstają najczęściej w przebiegu pęcherzycy ustnej i to następowo; znane są jednak przypadki, gdzie zmiany na błonie śluzowej powstają w przebiegu pęcherzycy przewlekłej; powstają także zmiany na błonie śluzowej pierwotnie; zmiany mogą także ograniczyć się jedynie do błony śluzowej bez jakichkolwiek zmian na skórze. Na błonach śluzowych rzadziej przychodzi do tworzenia się pęcherzyków, a prócz tego pęcherzyki te szybciej pękają tak, że najczęściej widzimy albo pęcherzyki pęknięte, albo białawe mniejsze lub większe miejsca, świadczące o złożeniu w tych miejscach wypociny zapalnej, która skrzepła, nim zdążył się wytworzyć pęcherzyk. Chiari mówi, że do tworzenia się pęcherzyków przychodzi wtedy, jeżeli wypacanie odbywa się szybko. Miejsca po pękniętych pęcherzykach mogą być miejscami zakażenia, w następstwie czego mogą się wytworzyć wrzody ze wszystkiemi ich następstwami.

Co do objawów podmiotowych, to chorzy w większości przypadków czują się zupełnie dobrze, skarżą się najwyżej na ból przy połykaniu i na kaszel w okresie oddzielania się błon z pękniętych pęcherzyków, względnie z miejsc, gdzie została złożona wypocina. Nieraz jednak występują w przebiegu pęcherzycy utrudnienia w połykaniu, a zgrubienia nagłośni i innych części krtani, powstałe wskutek następowego zakażenia z miejsc po pękniętych pęcherzykach, lub z miejsc pozbawionych przybłonka, wskutek oddzielenia się błon z miejsc, gdzie była złożona wypocina, dają objawy zwężenia.

Charakterystycznem dla pęcherzycy błon śluzowych jest nadzwyczajna niestałość zmian przedmiotowych. Powstanie pęcherzyków, pęknięcie ich i gojenie się miejsc po pękniętych pęcherzykach następuje bardzo szybko; nieraz jednego dnia widzimy pęcherzyki, a na drugi dzień miejsca, tylko pozbawione przybłonka. Tak samo ma się rzecz w tych przypadkach, gdzie do wytworzenia się pęcherzyków nie przychodzi.

Co do rokowania, to ono jest *quoad valetudinem* złe, gdyż nie mamy środka na usunięcie choroby; *quoad vitam* rokowanie nie jest złe: choroba może trwać nawet bardzo długo, jeżeli nie przyjdzie do rozleglejszego zajęcia skóry. Sachsalber opisał przypadek pęcherzycy gardła i spojówki, istniejący 27 lat, a van Dremmen — przypadek istniejący 12 lat pęcherzycy jamy ustnej, nosa, gardła i krtani. G. podaje przypadek pęcherzycy, gardła i krtani u 62-letniej kobiety, trwający około trzech lat bez znaczniejszych dolegliwości, mniejwięcej w jednakowem natężeniu. *Dr. Teofil Zalewski.*

Schenke i Streit. **Parę przypadków powikłań wewnątrzczaszkowych w przebiegu ostrego i przewlekłego ropienia ucha środkowego.** (*Archiv für Ohrenheilkunde* 1901, Tom 53). Operowano 9 przypadków zakrzepu zatoki poprzecznej; nie we wszystkich jednak przypadkach stwierdzono przy operacyi zakrzep; w wielu przypadkach rozpoznanie było niepewne i tylko przypuszczano zakrzep zatoki. Zmian jakichkolwiek w wyrostku sutkowym, z wyjątkiem jednego przypadku, nie było żadnych; z tego wynika, że brak zmian w wyrostku sutkowym nie może nas powstrzymać od otwarcia jego i od odsłonięcia zatoki poprzecznej. W czterech przypadkach nie znaleziono w wyrostku sutkowym przy operacyi ropy, a tylko przekrwienie i zaczerwienienie.

O treści zatoki nie można wnioskować z zachowania się jej ścian. W jednym przypadku wyszła z zatoki po jej otwarciu znaczna ilość ropy, a ściany jej nie okazywały żadnych zmian.

Autorowie są za otwieraniem zatoki nawet i w tych przypadkach, w których rozpoznanie co do zakrzepu nie jest pewne. Otwarcie zatoki uważają za zabieg nie ciężki i są zdania, że lepiej otworzyć zatokę parę razy napróżno, niż raz zamało. Niebezpieczeństwo otwarcia zatoki poprzecznej jest przesadzone. Obawiają się wejścia do zatoki powietrza i utworzenia się zakrzepu wskutek uszkodzenia ściany zatoki. Że powietrze może wejść do naczyń krwionośnych przy otwarciu zatoki, nie ulega wątpliwości; dotąd nie obserwowano jednak przypadku, któryby niezbicie dowodził, że śmierć nastąpiła wskutek wejścia powietrza. Tak samo co do obawy utworzenia się zakrzepu wskutek obrażenia ściany zatoki nie jest rzeczą dowiedzioną, że taki zakrzep rzeczywiście się wytwarza. Autorzy przemawiają za zasadniczem podwiązywaniem żyły szyjnej wewnętrznej w każdym przypadku, w którym otwiera się zatokę. *Dr. Teofil Zalewski.*

Hansen. **Zachowanie się dna oka w przypadkach chorób mózgowych pochodzenia usznego.** (*Archiv f. Ohrenh.* 1902, Tom 53). Z 97 przypadków, w których w przebiegu ropienia ucha wystąpiły objawy mózgowe, 52 przypadki (53,6%) okazywały stosunki prawidłowe, a 45 (46,4%) posiadało mniejsze lub większe zmiany. Na zasadzie własnych spostrzeżeń przychodzi H. do przekonania, że zmiany w dnie oka mogą wystąpić w przebiegu wszelkiego rodzaju powikłań wewnątrzczaszkowych pochodzenia usznego. Najrzadziej zmiany te występują przy ropniach zewnątrzoponowych (w 18%), przy zapaleniu ropnem opon mózgowych w 50%, w przypadkach ropni mózgowych w 42%, w przypadkach zakrzepu zatok w 44,8%. Z tego wypada, że dno oka mniejwięcej jednakowo często okazuje zmiany przy zapaleniu opon mózgowych, w przypadkach ropni mózgowych i w przypadkach zakrzepu zatoki poprzecznej.

Co do samych zmian, to w 25,7% przypadków znaleziono zapalenie n. wzrokowego, w 19,6% — lekkie zmiany w naczyniach, i tylko w 3,1% — tarczę zastoinową. Z tego wypada, że tarcza zastoinowa zdarza się w powikłaniach wewnątrzczaszkowych ropienia usznego tylko wyjątkowo.

Z 45 przypadków, które okazywały zmiany w dnie oka, 9 przypadków (20%) okazywało zmiany tylko po jednej stronie, i to po stronie odpowiadającej choremu uchu; w 36 przypadkach (80%) zmiany były na obydwóch oczach i to w 20 przypadkach (44,5%) w jednakowym stopniu na obydwóch oczach, 12 razy (26,5%) — w znaczniejszym stopniu po stronie odpowiadającej uchu choremu i 4 razy (9%) — w silniejszym stopniu na oku po stronie przeciwnej.

Autor sądzi, że w każdym przypadku ropienia usznego należy badać dno oka, gdyż badanie to może nieraz wykryć nam powikłanie, o istnieniu którego nic nie wiedzieliśmy, nie dawało bowiem innych wybitniejszych objawów. *Dr Teofil Zalewski.*

Tanfiljew. **Leczenie wypocinowego zapalenia opłucnej metodą prof. Lewaszewa.** (*Wracz* 1901, Nr. 49—50). W r. 1890 Lewaszew (Kazań) polecił nowy sposób leczenia wypocinowego zapalenia opłucnej, polegający na zastąpieniu wypuszczo-

nej wypociny równą, lub nieco mniejszą ilością fizyologicznego roztworu soli kuchennej. Sam Lewaszew i inni klinicyści (oprócz Demczenki) otrzymali na tej drodze bardzo dobre wyniki z zastrzeżeniem, jeżeli wypocina nie była ropna. Co się zaś tyczy zapaleń opłucnej ropnych i surowiczo-ropnych, to sam Lewaszew przyznaje, że nie wszystkie przypadki kończą się wyleczeniem po zastosowaniu jego metody; poleca on jednak rozpocząć leczenie jego sposobem, nim się przystąpi do zabiegu chirurgicznego; ropne wypociny zastarzałe kazały według spostrzeżeń Lewaszewa lepiej rokować przy zastosowaniu jego metody, niż świeże. Inni autorowie spostrzegali szczególnie dobre wyniki po leczeniu metodą Lewaszewa, jeśli ropne zapalenie opłucnej występowało wśród włóknikowego zapalenia płuc, zatem w zapaleniach opłucnej, wywołanych najprawdopodobniej dwoinkami Fränkla.

Autor stosował metodę Lewaszewa w 9-ciu przypadkach o bardzo ciężkim przebiegu; w 5-ciu wypocina była surowicza, w dwóch surowiczo-włóknikowa, a wreszcie w dwóch krwawa. We wszystkich przypadkach wypocina była bardzo obfita i nie zaznaczała się skłonnością do wessania. Wyniki leczenia i w jego doświadczeniach były bardzo dobre. Jednorazowe przepłókanie worka opłucnowego już wystarczało, żeby w kilka dni po przepłókaniu wypocina zaczęła się szybko wchłaniać; jednocześnie kaszel się zmniejszał, łaknienie podnosiło się, a w ogólnym stanie następowała znaczna poprawa. Tylko niektórzy z chorych żalili się na bóle ciągnące w chorym boku, pod łukiem żebrowym, a czasem i pod łyżeczką; bóle te T. tłómaczy rozdymaniem się odpowiedniego płuca w miarę wsiąkania i zmniejszenia wypociny. W 1 przypadku wraz z polepszeniem ogólnego stanu i ubywaniem wypociny znikły i nużące obfite poty nocne. U wszystkich chorych po przepłókaniu worka opłucnowego ciepłota znacznie podnosiła się, najczęściej bezpośrednio, lub na 2—3 dzień: podniesienie dochodziło niekiedy do 2°, lecz wkrótce ciepłota obniżała się i w kilka dni opadała do stopnia prawidłowego, nawet w tych przypadkach, w których przedtem była wciąż wysoką. Tylko w 1 przypadku T. nie odniósł ze sposobu Lewaszewa żadnego skutku dodatniego, mianowicie u chorego z wysiękiem krwawym: chory ten wkrótce umarł wskutek gruźliczego zapalenia otrzewnej; badanie zwłok wykazało oprócz gruźlicy otrzewnej wybitne zmiany na opłucnej o cechach gruźliczych i stare gruzełki w płucach. *Witold Orłowski.*

Dr. Th. Panzer. **O zachowaniu się podfosforynu wapniowego w ustroju zwierzęcym.** (*Zeitschrift f. Untersuch. der Nahr. und Genussmittel* Nr. 1, 1902). Jeżeli chodzi o stwierdzenie zatrucia fosforem w przypadkach sądowych, wtenczas poszukujemy fosforu wolnego, a gdy wynik tego badania jest ujemny, poszukujemy jeszcze kwasu fosforawego według metody Dusarta-Blondlota. Doświadczenia Dusarta wykazały jednak, że i kwas podfosforawy zachowuje się przy tem badaniu zupełnie analogicznie, jak kwas fosforawy. Ponieważ zaś kwas podfosforawy stosowany jest bardzo często w lecznictwie w postaci podfosforynu wapniowego lub innych soli, przeto ważną jest rzeczą wiedzieć, jak się zachowują związki kwasu podfosforawego w ustroju zwierzęcym. Do doświadczeń tych użył autor psów, a jedno doświadczenie wykonał na samym sobie. Z badań tych wynika, że podany wewnętrznie podfosforyn wapniowy szybko i dokładnie ulega chłonieniu, że przechodzi przez ustrój nie zatrzymując się nigdzie i stosunkowo szybko zostaje z ustroju wydalony. Wydalenie całej ilości wprowadzonego do ustroju podfosforynu wapniowego odbywa się w przeciągu 24 godzin. Istnieje jednak możliwość, iż ślady podfosforynu przecież może zostają zatrzymane, a jedynie metoda Dusarta-Blondlota nie jest dostatecznie czułą, aby wykazać te ślady. Z doświadczeń autora wynika również, że w tych przypadkach wykrycia fosforu w celach sądowych należałoby stwierdzić, czy zatruty rzekomo fosforem nie spożywał w celach leczniczych podfosforynów, a jeżeli tak, należy przy badaniu na kwas fosforawy być bardzo ostrożnym i wykluczyć dla wszelkiej pewności od badania treść żołądka, jakoteż i mocz. *Dr. Ig. L.*

Wł. Janowski. **Znaczenie rozpoznawcze i rokujące krwawych wymiotów.** (*Księga jubileuszowa T. Dunina*). Wymioty krwawe występują wskutek dostania się do żołądka krwi z następujących przyczyn: 1) przy samoistnych cierpieniach błony śluzowej żołądka (rak, wrzód, nadżerki, przedziurawienie, owrzodzenie wskutek działania przetworów żrących, jak kwasy, ługi, sole rtęciowe); 2) przy zastoju lub sprawach zapalnych w jednym z narządów, mających wspólne z żołądkiem unaczynienie; 3) przy ogólnych chorobach, sprowadzających krwawienia (żółta febra, choroba Werlhoffa, gnilec, dżuma, posocznica, białaczka, krwawiączka, błednica, histerya, ostry zanik wątroby, początkowe okresy chorób zakaźnych, niedrożność jelit, zapalenie otrzewnej); 4) przy spływaniu krwi z krwawiących narządów wyżej położonych (usta, gardziel, przełyk) i przy krwioplucia. Dla celów rozpoznawczych posługujemy się badaniem treści wymiocin, a więc ich barwy, zapachu, wejrzenia, oddziaływania, obecności kwasu solnego, mlekowego i t. d. Jeżeli krew długo pozostawała w żołądku, lub zwolna się sączyła (rak) i uległa zmianom, to dla rozpoznania jej autor najchętniej używa próby Webera. Rokowanie zależnem jest od obfitości krwotoku i od zasadniczego cierpienia: a więc w chorobie Werlhoffa, blednicy, histeryi, marskości wątroby niema poważniejszego znaczenia: gdy natomiast przy wrzodzie, niedrożności, zapaleniu otrzewnej, posocznicy, dżumie, gnilcu jest groźnem, a przy raku i przedziurawieniu — bezwzględnie fatalnem. *Z. Czaplicki.*

V. Skalička. **O umiejscowieniu półpaśca.** (*Sbornik klinický* T. III. 1901. Nr. 2). Charakterystycznem dla półpaśca jest umiejscowienie w pewnych okolicach jednej lub drugiej połowy ciała, która odpowiada rozmieszczeniu tylnych obwodowych korzonków rdzenia pacierzowego. Autor stwierdził to wybitnie w trzech przypadkach, spostrzeganych w klinice prof. Thomayera w Pradze. Spostrzeżenie to zgodne jest z twierdzeniem Heada i Campbella, że przyczyną anatomiczną półpaśca jest schorzenie korzonków tylnych rdzenia pacierzowego. *Dr. M. Blassberg.*

VI. Zapiski lecznicze i nowe leki.

Docent Dr. H. Neumann. **Wyniki leczenia gruczołem tarczykowym w matołectwie sporadycznem.** (*Berliner klin. Wochenschrift* Nr 49, 1901). Znaną jest rzeczą, że gruczoł tarczykowy działa leczniczo nietylko w obrzęku śluzakowym nabytym, ale także i w idyotyzmie wrodzonym, towarzyszącym obrzękowi śluzakowemu. Najwybitniej działa gruczoł tarczykowy na zmniejszenie się obrzęku i odpowiednio na spadek wagi ciała. Spadek ten jednak nie trwa dłużej nad 4—6 tygodni; po jakimś czasie wskutek przybytku ciała zdrowego nie uwydatnia się wyraźnie. Prócz zmniejszenia się obrzęku najwięcej bije w oczy wzrost ciała. Dowodzi on, że wydłużanie się kości, poprzednio zatrzymane, doznaje wskutek tego leczenia podniety. Osiągnąwszy jednak długość, odpowiednią wiekowi, dalej wzrost kości nie postępuje. Zęby zachowują się pod względem wzrostu podobnie, jak kości, a liczba ich odpowiada wiekowi dziecka.

Że zaburzenia umysłowe w *cachexia strumipriva* mogą być wyrównane, jest rzeczą znaną. Zależy to od stopnia i czasu trwania choroby, oraz od wieku chorego. Leczenie należałoby rozpoczynać jak najwcześniej, a wtenczas, sądząc z przypadku Koplika, nawet wrodzone matołectwo nie byłoby całkiem niemożebne do uleczenia. Ponieważ dzieci niejednakowo znoszą gruczoł tarczykowy, należy być ostrożnym w leczeniu tym przetworem.

Jodotyryna (Bayer) i *tyreoidyna* (B. W. & C.) okazały się równie skutecznie. Po osiągnięciu prawidłowego wzrostu należy dalej podawać małe, lecz wystarczające dawki. Czy podawanie arszeniku równocześnie jest szczególnie potrzebne i korzystne, autor nie ma pewności.

Na zakończenie Neumann przytacza kilka historyi chorób, z którychby wynikało, że kolaczyki jodotyryny Bayera działają najskuteczniej. *Dr. Flis.*

Dr. Z. Schwarzbart. **Leczenie otyłości jodotyryną.** (*Wiener med. Presse* Nr. 28, 1901). W dwóch przypadkach, szczegółowo opisanych, podawał autor po 100 pastylek tyreoidyny po 0·3, poczynając od 2 do 5 dziennie. W jednym (kobieta 55 letnia, ważąca 79 kgm.) nie było żadnych objawów ubocznych, zauważano zwiększone wydzielanie moczu, a mocz był bez białka i cukru. Waga ciała się nie zmniejszyła, natomiast wyraźnie zmalał wól, a dolegliwości, na które chora skarżyła się, ustąpiły tak, że mogła ona bez żadnych cierpień i bez zmęczenia zajmować się pracą domową, mianowicie prać i prasować, stała się żwawszą w ruchach i wytrzymalszą w chodzeniu nawet pod górę. Wobec zupełnego zadowolenia chorej z otrzymanego wyniku leczenia, autor dalej leku nie podawał. W drugim przypadku mężczyzna 95 kgm. ważący, cierpiący na brak tchu przy chodzeniu i najlżejszej pracy, nie doznawał wśród leczenia żadnych objawów ubocznych; mocz był bez białka i cukru w ilości zwiększonej. Waga ciała zmniejszyła się o $1\frac{1}{2}$ kgm., a duszność ustąpiła.

W sposobie życia autor żadnej zmiany nie zalecał, tabletki podawał zawsze po jedzeniu, a po każdych 10-ciu dniach sprawdzał wagę ciała i robił przerwę 3—4 dniową.

Ponieważ nie posiadamy innego środka, któryby tak szybko i tak pewnie usuwał dolegliwości otyłych, dlatego autor uważa dalsze próby tych tabletek za bardzo wskazane.

Gdyby zależało na większym spadku wagi ciała, to należałoby lek podawać dalej i w dawkach zwiększonych, ale pod ustawiczną

kontrolą lekarza. W ten sposób np. osiągnął Hönigschmied w jednym przypadku otyłości (115 kgm.) przez powolne stopniowanie dawki do 13 tabletek dziennie spadek wagi o 20 kgm., przyczem dla uniknięcia tyreoidyzmu, podawał *Sol. Fowleri.* Radzi on zawsze zaczynać od 1 tabletki, a co cztery dni zwiększać o jedną, aż do pożądanego skutku. *Dr. Flis.*

VII. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie w dniu 22 stycznia 1902.

Przewodniczący kol. prof. Kostanecki.

I. Protokóły trzech poprzednich posiedzeń odczytano i przyjęto.

II. Przed przystąpieniem do porządku dziennego kol. prof. Wicherkiewicz złożył obszerne sprawozdanie z udziału swego w Zjeździe lekarzy i przyrodników w Petersburgu. Kol. przewodniczący dziękuje kol. prof. Wicherkiewiczowi za trud i pracę podjętą.

III. Koll. Aronsohna Juliana i Merza Alfreda przyjęto w poczet członków Towarzystwa.

IV. Kol. przewodniczący odczytał pismo kol. prof. Korczyńskiego, w którem składa godność przewodniczącego komisyi przemysłowo-lekarskiej, przyczem kol. przewodniczący imieniem Komitetu stawia wniosek, ażeby komisyę przemysłowo-lekarską uznać za stałą, a rezygnacyi kol. prof. Korczyńskiego nie przyjąć. Kol. Górski stawia wniosek, ażeby komisyi tej nie uznać za stałą i sprowadzić jej rozwiązanie, a rezygnacyę przyjąć. W głosowaniu przyjęto wniosek Komitetu.

V. Kol. Kader przedstawia 4 chorych:

1. Chora *J. G.* l. 42, u której dnia 12/IX 1901 K. wyciął z powodu *carcinoma partis prae-pyloricae* więcej niż $^3/_4$ żołądka.

W tym wypadku podobnie jak i w innych użyto metody zmodyfikowanej Krönlein-Mikulicza, którą K. stosuje prawie zawsze. Wszystkie gruczoły przy krzywiźnie małej, wielkiej, jak również w wgłębieniu dwunastnicy, usunięto doszczętnie.

Wskutek resekcyi wielkiej części więzu żołądkowo-okrężnicowego nastąpiło ciemne zabarwienie okrężnicy poprzecznej i nie ulegało żadnej wątpliwości, że obumarcie tej części jelita nastąpi niezawodnie. Postąpiono wobec tego w ten sposób, że całą prawie okrężnicę poprzeczną wyłożono przed ranę w powłokach brzusznych, otoczono gazą, wytamponowano jamę brzuszną w otoczeniu okrężnicy poprzecznej i założono tampon na kikut dwunastnicy.

Jest to stanowczo najpraktyczniejszy sposób postępowania w tych przypadkach, gdzie żywotność okrężnicy jest zakwestyonowaną. Resekcya okrężnicy poprzecznej jest zabiegiem znacznie ważniejszym i wymagającym dłuższego czasu. Obumarcie i przebicie jelita nastaje zwykle dopiero w kilka dni po operacyi, t. j. wówczas gdy zrosty wokoło gazy są już pewne i zapobiegają zakażeniu jamy brzusznej przez zanieczyszczenie kałem. W tym przypadku nastąpiło przedziurawienie okrężnicy dopiero na 8 dzień po operacyi. Kał wydostawał się przez parę tygodni na zewnątrz nie zarażając jamy otrzewnowej. Większa część jelita zrestytuowała się. Na przetokę założono szew. Wyłożona część okrężnicy zaczęła się powoli sama przez się cofać do jamy brzusznej i obecnie niema śladu jej opadnięcia. Zaszyta przetoka zagoiła się bez powikłań. Kikut dwunastnicy bezwarunkowo musi być tamponem zaopatrzony, a to z tego powodu, że tu niejednokrotnie szew puszcza i treść jelita może się wylać do jamy brzusznej, zwłaszcza łatwo to może nastąpić, jeżeli dla wzmocnienia kikuta użyto do jego nakrycia trzustki.

Chora obecnie idzie do domu, przybrała na wadze od czasu operacyi 20 funtów.

Operacya dokonaną była w znieczuleniu Corning-Biera.

2. *R. K.*, 26 letnia mężatka, w 2 tygodnie po porodzie zaczęła gorączkować i uskarżać się na ból w jamie brzusznej i zaparcie stolca. Udała się ona do prof. Rosnera, sądząc, że ma do czynienia z połogową gorączką. Prof. Rosner wykluczył chorobę narządu płciowego i sądził, że ma do czynienia z zapal. wyrostka robaczkowego. Prelegent znalazł guz wielkości pięści męzkiej w jamie brzusznej na połowie przestrzeni między pępkiem a więzem Pouparta. Guz ten był mało bolesny i trochę tylko przesuwalny. Chora gorączkowała. Pomimo tych atypowych objawów, K. Kader przychylił się zupełnie do rozpoznania kol. prof. Rosnera i przystąpił dnia 22. listopada 1901 r. do operacyi w znieczuleniu lędźwiowem tropakokainą. Okazało się, że guz rzeczywiście jest spowodowany zlepem jelit i sieci w około jelita ślepego; to ostatnie miało bardzo długą krezkę i dla tego było przesuwalne. Zrostów z powłokami brzusznemi nie było, guz leżał wolno. Wytamponowano całe otoczenie gazą wyjałowioną i przystąpiono do ostrożnego rozdzielania zlepionych jelit. W głębi znaleziono ropień, z którego wydobyto ropę, odprowadzając ją drenem na zewnątrz. Próbowano znaleźć wyrostek, lecz zaniechano tego wobec trudnych warunków anatomicznych. Chora obecnie opuszcza klinikę w zupełnie dobrym stanie i ma się zgłosić później celem wycięcia wyrostka robaczkowego. Interesującem jest, że chora w urynie miała cukier, który po operacyi znikł. Przypadek ten stanowi przyczynek do rzędu ostatnimi czasy omawianej sprawy *appendicitis in puerperio* i wykazuje praktyczną doniosłość tamponów z gazy; stanowią one w pierwszej chwili mechaniczną przegrodę, coś w rodzaju filtra, przez który pierwiastki zakażające ropą nie mogą dostać się do wnętrza jamy otrzewnowej. Zlepy tworzą się później i obejmują rolę przegród dopiero na 3—4 dzień.

3. Chory *J. S.*, l. 26. *Sarcoma fuso-cellulare orbitae sinistrae.* Ośm lat temu z powodu *sarcoma retrobulbare* wyłuszczono gałkę. Potem bardzo prędko nastąpił nawrót nowotworu, który rozwijał się powoli i dopiero w ciągu ostatnich miesięcy doszedł do rozmiarów guza wielkości pięści męzkiej, sterczącego przed oczodołem. Chory zwrócił się do kliniki prof. dra Wicherkiewicza, a ten odesłał pacyenta do kliniki chirurgicznej. Prelegent wyciął guz, przyczem musiał zabrać wszystkie cztery ściany oczodołu, część kości jarzmowej, część kości szczęki górnej, całą zatokę czołową i część dolną kości czołowej, a w końcu i część podstawy czaszki aż po siodło tureckie. Na tejsamej przestrzeni była też wycięta opona twarda. Interesującem jest to, że jakkolwiek górna ściana kostna oczodołu była jeszcze bardzo twarda, to jednak opona twarda była mięsakowato zajęta. Na korze mózgowej nie było żadnych zmian. Mózg pozbawiono opony twardej na przestrzeni prawie dłoni męzkiej. Już w czasie operacyi nastąpiło opadnięcie lekko tętniącego mózgu. Ranę wytamponowano. Obecnie chory opuszcza klinikę. Opadnięcie mózgu w dół do jamy pozostałej po operacyi jest wielkości pięści męzkiej, pomimo to żadnych zaburzeń psychicznej lub nerwowej natury niema. W pierwszych dniach po operacyi uskarżał się na silne bóle głowy; obecnie czuje się zupełnie dobrze. Wystająca część mózgu wyraźnie tętni. Dla zapobieżenia urazowi opadniętej części mózgu chory będzie musiał nosić płytkę, zakrywającą jamę pooperacyjną i opadniętą część mózgu.

4. Chory *K.* l. 43, cierpi na bąblowca wątroby *(Echinococcus hepatis).* Guz był usadowiony między lewym a prawym płatem na górnej i tylnej powierzchni wypukłości wątroby, wielkością dochodził głowy dziecka 5—6-letniego. Przed otwarciem jamy brzusznej rozpoznania postawić nie można było, stwierdzono tylko znaczne powiększenie wątroby wskutek guza niewiadomej natury. Dla lepszego dostępu przecięto całe więzadło okrągłe i odpreparowano więzadło wieńcowe *(lig. coronarium)* w tył. Wątrobę skręcono ostrym przednim brzegiem w dół, bacząc, by naczynia wchodzące i wychodzące nie były zbyt uciśnięte. Dopiero wówczas zobaczono guz. Po resekcyi i odpreparowaniu przylegających z boków i przodu płatów wątroby, (katgutowe podwiązki *en masse* na tępych dużych igłach) udało się guz zbliżyć do otworu w powłokach brzusznych. Całe otoczenie wytamponowano gazą aseptyczną. Po utworzeniu się zrostów po 4 dniach otworzono bąblowiec, wypłókano i wytamponowano jamę. Obecnie powstała tylko mała przetoka, którą się operacyjnie zagoi.

Przypadek ten wykazuje możebność uzyskania dostępu do podprzeponowych części wątroby.

VI. Kol. Chlumský (jako gość) przedstawia trzy przypadki: dwa, operowane przez siebie, jeden przez dra Przybylskiego.

1) Meżczyzna 35-letni, cierpiący od trzech prawie miesięcy na *invaginatio ileo-colica chronica.* Chory udał się początkowo do kliniki wewnętrznej, stamtąd został przeniesiony do kliniki chirurgicznej. Przy operacyi znaleziono wgłobienie dużego kawałka jel. biodrowego, ślepego, okrężnicy wstępującej i poprzecznej aż po zagięcie esowate. Odgłobienie udaje się tylko częściowo, mniejwięcej 15—20 ctm. nie można rozsunąć.

Enteroanastomoza 15 ctm. poniżej początku wgłobienia pomiędzy jel. biodrowem a częścią śledzionową poprzecznicy poprzecznej zapomocą guzika wessalnego Murphy-Chlumský. Część, w której jelita zlą-

czono, odprowadzono do jamy brzusznej, część zaś wgłobioną pozostawiono przed powłokami brzusznemi, rany wytamponowano wyjałowioną gazą. W kilka dni po operacyi nastąpiło obumarcie i pęknięcie ścian jelita odprowadzonego. Otwory zaszyto z dobrym skutkiem. Enteroanastomoza od początku funkcyonowała prawidłowo; 18-go dnia znaleziono w odbytnicy mocno nadżarty guzik. Wyłożona część jelit po zupełnej *restitutio ad integrum* cofała się wstecz. Obecnie w 4 tygodnie po operacyi całe jelito cofnęło się do jamy brzusznej. Przez otwór wielkości 5-ciokoronówki wypukla się tylko bardzo niewielka część jelita, pokryta rdzawą masą ziarninową. Zachowanie się guzika i w tym przypadku upoważnia nas do przypuszczenia, iż w razie nieodejścia guzika drogą przyrodzoną nastąpiłoby jego zupełne wessanie. Na tem polega duża zaleta jego w porównaniu z oryginalnym guzikiem Murphyego. Operacya w znieczuleniu lędźwiowem Corning-Biera tropakokainą.

2) 20-letnia chora przyszła do kliniki z oznakami bardzo niewielkiego opadnięcia trzew *(enteroptosis)*. Żołądek znacznie rozszerzony. Przy wydymaniu dolna granica sięgała prawie do spojenia łonowego. Przy laparotomii nie znaleziono żadnych zmian anatomicznych w żołądku, a szczególnie w odźwierniku *Gastroenterostomia retrocolica posterior*. Anastomozę wykonano możliwie blizko dwunastnicy tak, że pętla doprowadzająca była zaledwie kilka ctm. długa. Przebieg pooperacyjny był idealny; dolegliwości, które polegały na objawach zastoju i niewydolności żołądka, ustąpiły zupełnie. Operacya w znieczuleniu lędźwiowem Corning-Biera tropakokainą.

3) 55-letnia chora. Rozpoznano: *hernia cruralis incarcerata gangraenosa*. Operowana przez dra Przybylskiego w znieczuleniu lędźwiowem tropakokainą.

W tym przypadku postąpiono tak, jak w klinice prof. Kadera zawsze w takich razach, gdzie resekcya obumarłego jelita jest z jakichkolwiekbądź powodów niewykonalną i gdzie chodzi o możliwy pośpiech; więc rozszerzono wrota przepuklinowe, wyłożono przed wrota całą obumarłą pętlę i przylegające do niej części do- i odprowadzającego jelita. Jamę brzuszną w otoczeniu wytamponowano. Od enteroanastomozy i wszelkiego innego zabiegu odstąpiono, a to z tego powodu, by nie przedłużać operacyi. Wykonany zabieg usuwał ucisk na krezkę, jak również na ściany i światło jelita. Odżywianie mogło się odbywać zupełnie prawidłowo. Przeszkoda dla prawidłowego przesuwania się treści była usunięta. Po paru dniach, kiedy zrosty w otoczeniu były już dostateczne, ściana jelit w miejscu obumarcia pękła i część treści wydobywała się na zewnątrz, nie zakażając jamy brzusznej. W 14 dni po operacyi odprowadzono wyłożoną część (naturalnie bezkrwawo). Obecnie pozostała tylko mała przetoka, która prawdopodobnie prędko się zgoi.

VII. Kol A. Klęsk (jako gość) przedstawia 43 letniego chorego, cierpiącego na typowy okaz choroby Basedowa, któremu prof. Kader usunął lewą nerkę z powodu guza, zajmującego prawie cały miąższ. Przypadek ten jest dość ciekawy. Z zawodu dozorca kopalni. Zawsze był zdrów; przed dwoma dopiero laty zauważył lekkie zgrubienie szyi, bicie serca, a w końcu drżenie rąk. W sierpniu r. z. został uderzony silnie w bok lewy rurą żelazną. Pierwszy stolec potem miał być krwawy, 3 następne czarne. W 3 tygodnie po urazie zauważył chory lekkie obrzmienie w boku lewym, wychodzące z pod żebra i przenijające bóle brzucha, a wkrótce potem w moczu skrzepy krwi. Od tej chwili aż do dnia przyjścia do kliniki oddaje mocz co kilka dni krwawy, a potem wśród silnego bólu i parcia w boku lewym wydziela się mocz ze skrzepami krwi. Obrzmienie w podżebrzu ma być raz mniejsze, raz większe. Wyczuwał się tam w jamie brzusznej guz wielkości głowy noworodka, mało ruchomy, balotujący, o powierzchni dość równej, nie bolesny. Przy ruchach oddechowych można było końce palców wsunąć między łuk żebrowy a guz i guz ku dołowi posunąć. Badanie wykazało: wysadzenie gałek ocznych, objaw Graefego, Stellwaga, zmiany w barwie skóry, lekkie obrzmienie gruczołu tarczykowego, drżenie rąk i języka, niepokój nerwowy, gorące ręce, silne pocenie się, tętnienie tętnic, niedomykalność zastawki dwudzielnej, tętno 100. Badanie moczu, prócz śladu białka, nie wykazywało pierwszego dnia żadnych zmian.

Na 3-ci dzień po przyjęciu stwierdzono w moczu krew. Wówczas też w osadzie znaleziono liczne krwinki czerwone, białe, przybłonki nerkowe; białka badanego sposobem Esbacha $1^{0}/_{00}$. Wieczorem dnia tego mocz całkiem czysty bez białka. Nazajutrz w moczu znowu liczne skrzepy.

Rozpoznano nowotwór lewej nerki. Być może, że powstał on pod wpływem urazu. Uraz wywołał prawdopodobnie krwotok gdzieś w przewodzie jelitowym.

Badanie moczu upoważniało nas do przypuszczania, że druga nerka jest prawidłowa, gdyż w czasie napadów bólu w lewej nerce, znajdowaliśmy w pęcherzu mocz zupełnie fizyologiczny.

Z tych powodów prof. Kader nie cystoskopował i nie sondował ureterów nie chcąc chorego narazić na możliwe zakażenie, postanowiwszy w czasie operacyi przekonać się o stanie nerki lewej.

Dnia 13 listopada dokonał prof. Kader operacyi w znieczuleniu lędźwiowem tropakokainą. Znieczulenie po 7 ctgrm. zupełne, trwało bez żadnych zaburzeń $1^{1}/_{4}$ godziny, cała operacya $1^{1}/_{2}$ godziny tak, że skórę szyto w półuśpieniu chloroformowem. Cięcie 15 ctm. długie poprowadził prof. Kader po zewnętrznym brzegu mięśnia prostego lewego i po przecięciu otrzewnej zbadał prawą nerkę ręką wprowadzoną do jamy otrzewnowej przez otwór w powłokach brzusznych.

Od środka cięcia podłużnego przeprowadzono cięcie drugie poprzeczne aż do zewnętrznego brzegu przyczepu mięśnia. *quadr. lumb.* Obecnie usunięto zwyrodniałą nerkę. Częściowa tamponada.

Przebieg zdrowienia był prawidłowy, bez gorączki; na 17 dzień po operacyi wystąpił mały krwotok z rany w ścianach brzusznych. Mocz pierwszego dnia po operacyi: 13/XI 650,0 14/XI 1200,0, w trzy tygodnie 2000,0. obecnie średnio 3000,0, mocz czysty bez śladu białka. Chory dziś opuszcza klinikę.

Badanie okazanego guza wykazało, że mieliśmy do czynienia z rakiem siatkowatym *(carcinoma alveolare)*. Operowany pomimo choroby Basedowa zniósł zabieg doskonale, może dlatego, że go operowano w znieczuleniu lędźwiowem, a nie w uśpieniu ogólnem. Serce obecnie znajduje się w tym samym stanie co do rozmiarów i funkcyi jak i przed operacyą; gruczoł tarczykowy obecnie zmniejszył się; objawy nerwowe powiększyły się, również powiększyło się wysadzenie gałek ocznych i pocenie się jest silniejsze.

VIII. Kol. Frommer (jako gość) okazuje igłę własnego pomysłu, służącą do zeszywania przetok pochwowo-pęcherzowych. (Rzecz przeznaczona do druku).

W dyskusyi kol. prof. Rosner, podnosząc zalety tego przyrządu stwierdza, że przy wyciąganiu igły następuje zranienie błony śluzowej i zapytuje, czy nie obserwowano krwotoków. Kol. prof. Kader zwraca uwagę, że nieraz za mało miejsca, ażeby módz igłą tą wejść. Kol. prof. Kryński zapatruje się sceptycznie na wartość nowego przyrządu. Przedewszystkiem znaczna odległość właściwej igły od końca narzędzia sprawia to, że szycie nim wymaga wiele miejsca i manipulować przeto będzie można tylko wśród dość obszernych przestrzeni. Zresztą pomysł takiego narzędzia nie jest bynajmniej nowy. Przed 10 laty podał kol. Kryński do szycia rozszczepionego podniebienia długą igłę, której budowa jest analogiczną; jest ona jednakże o wiele od tej wygodniejszą w użyciu, gdyż koniec szyjący jest krótki i odgięty od trzonka pod bardzo ostrym łukiem. Igły tej, której modele znaleźć można jeszcze w tutejszej klinice chirurgicznej, używał kol K. z powodzeniem kilkakrotnie w operacyi zeszycia podniebienia miękkiego. W jakiś czas po wprowadzeniu tej igły w użycie znalazł kol. K. narzędzie bardzo podobne w którymś z angielskich katalogów narzędzi chirurgicznych. A więc także — *nihil novi*. Prelegent odpowiada na zadane pytania.

IX. Kol. Bier mówił »O nowoczesnych sposobach odkażania mieszkań«. Część I z demonstracyą przyrządów. (Rzecz przeznaczona do druku).

Na tem posiedzenie zakończono.

Dr. Jan Landau, sekretarz doroczny.

* * *

VIII. Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna publiczna, Epidemiologia, Statystyka.

Sprawozdanie c. k. krajowej Rady zdrowia o stosunkach zdrowotnych w Galicyi w roku 1898.

Zestawił
Dr. Jan Gwiazdomorski.

(Ciąg dalszy).

6. Higiena szkolna.

W r. 1898/9 było uczniów szkół średnich w Galicyi 18,892, klas zaś 445; wypada więc średnio uczniów 42 na

jedną klasę Niestety klasy te mieszczą się jeszcze przeważnie w budynkach wynajętych, z których „tylko mała część odpowiada higienicznym warunkom..., a przeważnie są całkiem nieodpowiednie“.

Byłoby pożądanem może więcej wyczerpujące wyliczenie wadliwości tych gmachów; przynajmniej dwie szkoły średnie krakowskie, jeszcze dziś najgorzej pomieszczone, warte były szczegółowego opisu. W ciągu r 1898/9 na całą Galicyę przeniesiono tylko jedną szkołę średnią w Krakowie do nowego budynku, prawda, że dwie inne (dziś już zajęte) były już w budowie. Podobnież powoli postępuje budowa seminaryów nauczycielskich i szkół ludowych, choć niewątpliwie tych ostatnich (budowanych kosztem własnym gmin) powstaje coraz więcej. W r. 1898/9 ukończono 4 budynki, wykonano nowych 20, a rozpoczęto 12. Zawsze jeszcze — według wykazów Rady szkolnej kraj. — 668 szkół (na 3711 szkół ludowych) znajduje się w stanie nieodpowiednim.

Obowiązkowa nauka gimnastyki coraz częściej bywa wprowadzaną do szkół średnich, zwłaszcza nowowybudowanych, które zazwyczaj mają obszerną salę gimnastyczną.

Lekarze urzędowi (powiatowi?) zwiedzają szkoły ludowe tylko przy sposobności, t. j. podczas epidemii, szczepienia lub podróży inspekcyjnych Tylko we Lwowie nowo zatwierdzony regulamin dla lekarzy miejskich wprowadził regularny nadzór lekarski w ludowych szkołach miejskich.

O ile postąpiła naprzód sprawa zaprowadzenia u nas lekarzy szkolnych, jakie im przyznać prawa, a jakie obowiązki, czy i jakie w tym celu robiono kroki, o tem w sprawozdaniu niema żadnej wiadomości.

Następuje tablica, wykazująca gdzie, na jak długo i ilę szkół ludowych było zamkniętych z powodu epidemii, a w końcu wzmianka, że w seminaryach nauczycielskich wykładają lekarze higienę i somatologię. „O wynikach nauki c. k. Rada zdrowia niema wiadomości “

7. *Instytucye i zakłady lecznicze i humanitarne.*

Jak już powiedzieliśmy wyżej, rozdział ten byłby pomieszczony z większą korzyścią dla sprawozdania tam, gdzie już była mowa o tych instytucyach, tj. na str 36 78. Rozdział obecnie omawiany dotyczy organizacyi tych instytucyi. Omawia więc pokrótce skutek wprowadzenia ustawy krajowej z dnia 18. czerwca 1897 r., regulującej stosunki prawne szpitali publicznych w Galicyi i organizacyę w nich służby lekarskiej. Dalej notuje powstanie nowego szpitala w Przemyślanach i Husiatynie, a przeniesienie się do nowego budynku szpitala tarnopolskiego i roboty przygotowawcze do budowy innych, wreszcie otwarcie pawilonu izolacyjnego przy szpitalu rzeszowskim.

„Mimo ożywionej czynności w kierunku budowy szpitali było z końcem roku 1898 jeszcze 35 powiatów z ludnością $2^1/_2$ miliona, nie posiadających żadnego szpitala“. Zdaje się nam, że byłoby tu bardzo pożądanem podanie dokładne liczby wszystkich szpitali w Galicyi wogóle, wraz z uwzględnieniem ich urządzeń, personalu lekarskiego, liczby łóżek, pawilonów izolacyjnych i t. d. Dopiero po dokonaniu takiej inwentaryzacyi zyskałoby notowanie zmian i przybytków na wyrazistości.

Dalej przytacza Sprawozdanie pokrótce działalność różnych Towarzystw humanitarnych, jak kolonie wakacyjne i lecznicze, schroniska, ochronki i t. p., których dla braku miejsca powtarzać tu nie możemy. Za to wraz ze Sprawozdaniem z r. 1897 powtórzymy tu ustęp następujący, chcąc nań zwrócić uwagę czynników miarodajnych, ustawodawczych. „Największą wadą pod tym względem jest w naszym kraju to, że opieka nad ubogimi nie jest ustawowo uregulowaną. Gdyby nawet dobroczynność publiczna jeszcze więcej czyniła, nie będzie to wystarczającem, jeżeli równocześnie nie będzie ustawowo wzbronionem żebractwo i włóczęgostwo“. Zdaje nam się, że pierwszym krokiem, zmierzającym ku temu celowi, byłoby tworzenie domów przymusowej pracy, gdzieby tych żebraków i włóczęgów osadzano. A ponieważ przy tylu potrzebach kraj nie może wydołać im materyalnie, pożądanemby było, by ofiarność publiczna obowiązek ten przyjęła. Tyle u nas powstało instytucyj z zapisów testamentowych, tyle się nieraz grosza marnuje na zapisy czasem nawet znaczniejszych kwot „na jałmużnę dla biednych“, która często najgorzej rozdzielona tylko ludzi rozpróżniacza, że byłoby bardzo pożądanem zwrócenie uwagi ogółu na ten może dziś najważniejszy, bo równocześnie umoralniający kierunek i sposób niesienia ofiar.

8. *Więzienia i areszta.*

Jeszcze przed niedawnym czasem, 8—12 lat temu, więzienia, a zwłaszcza areszta, były u nas rozsadnikiem chorób zakaźnych, szczególnie często duru plamistego.

Nie da się zaprzeczyć, że główne więzienia we Lwowie (dwa), Stanisławowie, są — dzięki staraniom prezydyum Sądu — nieco lepiej urządzone i wyposażone, dają więźniom lepszą strawę, mają przyrządy desinfekcyjne w używalnym stanie i t. d. To też mimo dość gęstego zaludnienia przeciętna śmiertelność nie jest zbyt znaczną (około 3·3%). Najwięcej więźniów umiera na choroby narządu oddechowego, zwłaszcza na suchoty. Z Krakowa i Wiśnicza brak sprawozdań.

Natomiast areszta i więzienia w miastach prowincyonalnych pozostawiają dużo do życzenia. Lekarze urzędowi uznali tylko w 13. powiatach areszta przy sądach za dobre; natomiast w 26 powiatach uznali je albo za złe zupełnie, albo nieczyste z powodu niechlujstwa, albo wreszcie przepełnione. Przypomina się tu ustęp ze Sprawozdania zeszłorocznego: „Nie da się zaprzeczyć, że wielu kierowników sądów powiatowych mało zwraca uwagi na urządzenia i czystość aresztów, na odpowiednią żywność aresztantów, na szybką i dobrą dla nich pomoc lekarską. Także nierzadko zdarza się, że inspektorowie sanitarni znajdują przyrządy desinfekcyjne wcale nie używane, a często nawet nierozpakowane w aresztach“. Ten brak „szybkiej a dobrej pomocy lekarskiej“ stał się przyczyną, że w dwóch więzieniach powiatowych rozpoznano w r. 1898 dur plamisty w jednym dopiero w 12. dniu choroby, wskutek czego zachorowało 3 więźniów i adjunkt sądowy, który też i umarł; w drugim zaś „dopiero gdy stwierdzono zawleczenie duru plamistego do trzech gmin powiatu przez inkwizytów uwolnionych, którzy dopiero w domu zachorowali, n a b r a n o p r z e k o n a n i a, że pierwszy przypadek, dotyczący inkwizyta, który pierwszy w areszcie zachorował, był durem plamistym (!). (c. d. n.)

Kilka uwag o przyczynach coraz większego upadku stanowiska lekarzy.

Wobec coraz cięższych warunków bytu, wobec wzrastającej drożyzny obudził się w różnych warstwach społeczeństwa silny ruch, zmierzający do skupienia się i obrony interesów stanu. Idą więc w zwartym szeregu: urzędnicy państwowi, urzędnicy kolejowi, oficyaliści prywatni, adwokaci, robotnicy itd. itd. — jedynie lekarze zachowują się dotąd prawie całkiem biernie, a usiłowania, aby ogół lekarzy zbudzić z tej martwoty, niewydały dotąd pożądanych owoców. Przyczyną tego brak poczucia solidarności stanowej wśród lekarzy. Większa część zaskorupiona na prowincyi głuchą jest na głosy, do skupiania się nawołujące, — inni zebrawszy jaki taki zapas pieniężny patrzą obojętnie na wszystko, coby do podniesienia bytu kolegów przyczynić się mogło. I tak płynie rok za rokiem, a byt nasz zamiast się polepszać, coraz bardziej upada, gdyż każda warstwa społeczna zdobywa korzyści dla siebie kosztem pozostałych, a skoro w stworzeniu organizacyi zawodowej pozostaliśmy na szarym końcu, nie dziw, że i szkody odnosimy stosunkowo największe.

Zamiast zastósować się do prądu czasu i „jednością silni“ wystąpić w obronie własnej sprawy, my zawsze jeszcze z humanitarnego charakteru naszego zawodu pozwalamy wysnuwać zbyt daleko idące wnioski, które każdy inny stan napiętnowałby już oddawna, jako jaskrawy wyzysk. N. p. wynagrodzenia lekarzy kolejowych, kas chorych itp., są czasami niższe od wynagrodzenia budnika kolejowego, lub woźnego sądowego. Kto temu winien? — my sami. Jeśli jednostka a nawet grono poruszy jakąś myśl, mającą na celu polepszenie bytu, zabezpieczenie nasze i rodzin naszych na wypadek śmierci, niezdolności do pracy, chwilowej choroby — to na takie zgromadzenia, wiece — przybywa zaledwie setna część zaproszonych i to tylko po to, by roztrząsnąwszy sprawę powrócić do domu z tem przekonaniem, że nas za mało, byśmy na naszą korzyść wiele zdziałać mogli. Temu nie pozwala przybyć na zgromadzenie piastowany urząd, owemu praktyka, innemu jakieś zebranie towarzyskie, partyjka i t. d., i mało kto zdobędzie się dla ogólnego dobra poświęcić jeden dzień, choćby nawet godzin kilka; — inaczej mówiąc mało nas to wszystko obchodzi, bo jednym nieźle się wiedzie w praktyce, drudzy zajmują takie posady, że nie obawiają się dla siebie lub swej rodziny biedy na starość lub na wypadek śmierci, — inni znowu zebrali grosza dosyć, spokojni o przyszłość; — niech tam na zgromadzenia chodzą tacy, których bieda gniecie i niech się sami bronią. Że tak jest, przekonałem się na kilku zgromadzeniach, w których uczestniczyła ledwo garstka.

Z tego odrętwienia, z tej egoizmem trącącej obojętności na wszystko, co dąży do polepszenia naszego bytu i przyszłości, zacząć się leczyć — czas ostatni.

Zawiązało się niedawno „Towarzystwo samopomocy lekarzy,“ którego Wydział pod przewodnictwem światłego i energicznego prezesa krząta się bardzo żywo około interesów naszych; powinniśmy wszyscy bez wyjątku przystąpić do tego Towarzystwa, a mam to głębokie przekonanie, że jeżeli wesprzemy je solidarnie wszyscy, jeżeli każdy jego krok poparty będzie przez półtora tysiąca lekarzy galicyjskich, to wywalczy nam ono zwolna wszystko, co byt nasz zabezpieczyć i polepszyć może.

Ale też tylko skupienie się wszystkich lekarzy pod wspólnem hasłem może temu Towarzystwu wyrobić wpływ poważny u władz i społeczeństwa, może je zachęcić do coraz energiczniejszych zabiegów. Zapiszmy się więc gromadnie do Towarzystwa, przesyłajmy Wydziałowi „Towarzystwa samopomocy lekarzy“ wiadomości o wszelkich nadużyciach i krzywdach, stanowi naszemu zrządzanych, obmyślajmy sposoby zapobiegania złemu, przybywajmy licznie na walne zgromadzenia nie cofając się przed drobną z tem złączoną stratą materyalną, starajmy się zapomocą prasy politycznej zapoznać ogół z potrzebami i słusznemi żądaniami naszego stanu, a idąc wszyscy zwartym szeregiem osiągniemy to, że władze i społeczeństwo z nami liczyć się muszą, bo domagać się będziemy poprawy istniejących stosunków w imię słuszności i sprawiedliwości. *Dr. Józef Bednarski,*

lekarz okręgowy w Alwerni.

Do Towarzystwa samopomocy lekarzy przystąpili w styczniu 1902 roku następujący nowi członkowie:

Kol.: Bross, Better, Bielawski, docent Bochenek, Boczar, Chotiner, Czerny, Dundaczek, Dattner, Engländer, Friedmann, Gólski, Gottlich, docent Lemberger, Łopaciński, Laks, Latkowski, Lorie, Majewski, Matzke, Merz, Münz, Nowotny, Owsiński, Ozga, Piepes, docent Rutkowski, Schwarz, Urbanik, Witaliński, Wilczyński, Wojciechowski, Zaremba, Żeleński z Krakowa..

Kol.: Kwitakiewicz i prof. Ziembicki ze Lwowa, kol.: Bober z Chodorowa, Dortheimer z Oświęcimia, Gąsiorek z Łapanowa, Gliksmann z Budzanowa, Karaś z Makowa, Łodygowski z Biały, Pilecki z Tarnorudy, Stahlberger ze Stryja, Schneider z Radymna i Stanowski z Winnik. *Dr. Langie*, sekretarz.

IX. Wiadomości bieżące.

Kraków, dnia 13 lutego.

* Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło dnia wczorajszego posiedzenie nadzwyczajne, na którem kol. prof. Rosner miał zapowiedziany odczyt: »O ciąży bliźniaczej monochorialnej.«

Przewodniczący kol prof. Kostanecki zawiadomił o chwalebnej inicyatywie zarządu Towarzystwa w urządzeniu odczytów z dziedziny higieny. Odczyty te odbędą się w pierwszej połowie m. marca w gimnazyum Nowodworskiem. D. 5 marca mówić będą: 1) kol. prof. Bujwid: »O zadaniach higieny szkolnej«; 2) kol. dr. J. Landau: »Szkoła a choroby zakaźne«. — Dnia 9 marca: kol. dr. Eug. Piasecki: »O spółczesnej gimnastyce wobec fizyologii i higieny« (z demonstracyą ćwiczeń) — Dnia 12 marca; 1) kol. prof. Wicherkiewicz: »O wpływie szkoły na rozwój chorób ocznych«; 2) kol. dr. Bier: »O zadaniach lekarza szkolnego«.

* Dnia 11 b. m. nastąpiło pod przewodnictwem prof. Wicherkiewicza ukonstytuowanie się Komitetu narodowego polskiego na XIV międzynarodowy Kongres lekarski w Madrycie.

W skład Komitetu wchodzą: Z Krakowa koledzy: prof Wicherkiewicz, prof. Reiss, dr. Buzdygan i prof Kryński; ze Lwowa: prof. Mars, prof. Łukasiewicz i dr. Lesław Gluziński; z Warszawy: dr. Florkiewicz, dr. Kurtz i dr. Wróblewski; z Poznania: dr. Niegolewski, dr. Jarnatowski Kazimierz i dr. Dziembowski Kazimierz.

W skład zarządu weszli: prof. Wicherkiewicz (prezes), dr. Florkiewicz (wiceprezes), dr. Buzdygan (sekretarz) i prof. Reiss (skarbnik).

(—) Dnia 24 stycznia b. r. odbyło się uroczyste posiedzenie Tow. chemików berneńskich (Szwajcarya) w sali hotelu »Sorchen« ku czci zmarłego prof. Nenckiego, honorowego członka tego Towarzystwa. Po zagajeniu przez przewodniczącego, prof. chemii nieorg., Dr. Friedheima, przemówił prof. chemii org. rodak nasz Dr. Stanisław Kostanecki, streszczając działalność Nenckiego, jako ścisłego chemika i wyszczególniając jego zdobycze na tem polu wiedzy, nadto w barwnym swoim wykładzie przedstawił prof K, jakim wprost wirtuozem był Nencki, na jak wielu polach wiedzy pracował, ale każdą z tych gałęzi nauki gruntownie znał i rozszerzał.

Następnie przemówił prof. Hefter, następca Nenckiego na katedrze berneńskiej chemii fizyologicznej, omawiając działalność zmarłego na tem polu wiedzy.

Poczem prof. Schaffer (chemia środków spożywczych), były wieloletni asystent Nenckiego, dorzucił do mów poprzedników osobiste wspomnienia w nader serdecznych słowach, kończąc uwagą, że nietylko on (Schaffer), ale bardzo wielu chemików i niechemików, zajmujących dzisiaj wybitne stanowiska naukowe, bardzo wiele zawdzięczają zmarłemu wielkiemu Nenckiemu.

Uroczystość tę zakończył przewodniczący, zbierając jeszcze raz krótko zasługi Nenckiego, zaznaczając, jak wielką stratę poniosła nauka, tracąc Nenckiego i wezwał obecnych do uczczenia przez powstanie pamięci Tego, którego imię złotemi zgłoskami zapisane jest w historyi cywilizacyi.

Również pismo codzienne »Bund« umieściło we wstępnym artykule nekrolog Neneckiego pióra prof. chemii sądowej Dra Tschircha, również ucznia zmarłego. *Dr. H. Mańkowski* lek. wet.

* Znakomity podręcznik medycyny sądowej profesorów Caspra i Limana, który ostatni raz ukazał się w roku 1889, doczeka się w najbliższym czasie nowego wydania nakładem berlińskiej firmy Hirschwalda. — Redakcyę objął Dr. A. L. Schmidtmann tajny radca w królewskiem pruskiem ministeryum oświaty, opracowanie zaś poszczególnych działów tego podręcznika dokonają między innymi profesorowie: Strassmann z Berlina, Haberda z Wiednia, Wachholz z Krakowa, Ziemke z Halli i Docent Puppe z Berlina. — Prof. Wachholz opracuje dział traktujący o otruciach.

* Prof. Tadeusz Browicz mianowany został członkiem honorowym Tow. lek. wileńskiego.

* Dr. Tomasz Piotrowski, asystent sanitarny, został przeniesiony ze Lwowa do Kałusza.

* Wileńskie Towarzystwo lekarskie odbyło wybory zarządu na r. 1902. Wybrani zostali: na prezesa dr. Aleksander Wojnicz, na wiceprezesa dr. L Czarkowski; pierwszym sekretarzem pozostał dr. Ant. Waszkiewicz, na drugiego wybrano dra Zametta.

* XX-ty Kongres medycyny wewnętrznej odbędzie się w Wiesbadenie od 15 do 18 kwietnia 1902 r. pod przewodnictwem profesora Naunyna.

* W skład Komitetu, który stoi na czele »Międzynarodowego biura dla walki z gruźlicą« wchodzą: Leyden, Gerhardt Fränkel, Panvitz. Członkami honorowymi tego Komitetu są: książę na Raciborzu (Niemcy), Brouardel, Lannelongue i Nocard (Francya), Sir H. Weber i Sir W. Broadbent (Anglia), książę Oldenburgski (Rosya), Schrötter (Austrya), Bacelli (Włochy) i Hassi-Moto (Japonia).

* Sprawozdanie biura statystycznego m. Krakowa. Tydzień III (12—18 stycznia). Ogólna liczba mieszkańców wraz z wojskiem wynosi 94,057. W tygodniu sprawozdawczym zawarto małżeństw 26, urodziło się dzieci 66, zmarło osób 41 — mianowicie: z gruźlicy 11 (4 zamiejscowych), z zapalenia płuc 4 (1 zam.), z krztuśca 1, z płonicy 4 (3 zam.).

Mianowania i odznaczenia. Dr Jacques mian. został prof. nadzw. farmakologii w Brukseli. Doc. dr. H. Sellheim — nadzwycz. prof. w Freiburgu. Doc. dr. Manasse — prof. nadzw. i dyrektorem klin. otyatrycznej w Strassburgu. Doc. dr. Lanz — prof. chirurgii w Amsterdamie.

Nekrologia. Dr. Mavrogeni Pasza, b. prof. w Szkole lekarskiej, zmarł w Konstantynopolu w 86 roku życia. Dr. Fazio, prof. higieny, zmarł w Neapolu. Dr. Filatow, prof. chorób dzieci, zmarł w Moskwie.

Bibliografia:

— *Gazeta lekarska* Nr. 6. Gryglewicz: Przypadek żółtaczki zakaźnej (choroby Weila). Idzikowski: O znieczulaniu w szpitalu ludowym. (c. d.).

— *Medycyna* Nr. 6. Goldflam: Dalsze uwagi nad porażeniem astenicznem, wraz z wynikiem badania pośmiertnego jednego przypadku (Dr. E. Flatau) (c. d.). Dłuski: W sprawie trawienia u suchotników (dok.).

— *Krytyka* Nr. 2. Wysłouch: Ohyda wieku.

Pamiętnik Towarz. lekar. warszawskiego Z. III. Konwerski: Semiotyka i metodyka badania odruchów. Sławiński: Anatomia patologiczna i patogeneza żylaków (dok.) Z. IV. Kijewski: O wycinaniu płuc. Surzycki: O środkach nasercowych na podstawie własnych i obcych doświadczeń. Giedroyć: Źródła biograficzno-bibliograficzne do dziejów medycyny w dawnej Polsce.

— *Zdrowie* Z. 2. Dąbrowski: Wyniki spisu jednodniowego chorych, dokonanego w szpitalach warszawskich w d. 5—IV. 1900 r. I. Jaworski: Gruźlica a małżeństwo. Gałecki: Suchoty płucne, istota choroby, środki zapobiegawcze i zasady leczenia (dok.).

— *Przegląd felczerski* Nr. 2. Cetnarowicz: Organ wzroku a ospa (c. d). Frejlich: Powietrze i jego własności. Moszkowski: O przepuklinach. Boms: Kilka przypadków (kazuistyka). Frejlich: Pielęgnowanie chorych (c. d.). Gutman: Nieco z bakteryologii.

— *Nowiny lekarskie* Z. 2. Sędziak: W sprawie związku okresu przejściowego u kobiet z pewnemi cierpieniami górnego odcinka dróg oddechowych, oraz uszów. Dydyński: O porażeniu Landryego (c. d.). Wróblewski: O wyłyżeczkowaniu macicy po poronieniach, jako operacyi dla lekarza praktycznego (dok.).

— *Časopis lékařů českých* Nr. 6. Hausman: O použiti spinálni analgesie v gynaekologii. Kose: Funkcionelni diagnostika chorob ledvinowych.

— *La Presse médicale* Nr. 10. Lermoyez: Ropienie w błędniku usznym i jego chirurgiczne leczenie. — Nr. 11. Landouzy: Klinika lekarska paryskiego Wydziału lekarskiego.

— *Berliner klin. Wochenschrift* Nr. 5. Talma: Przyczynek do nauki o bębnicy. Meyerhof: Przyczynek do historyi odruchu źrenicy przy zamknięciu powiek. Spiegel: Sztuczny przełyk. Oppenheim O zatorach w płucach, spostrzeganych po zabiegach chirurgicznych, ze szczególnem uwzględnieniem operacyi w zakresie wyrostka robaczkowego. Petruschky: Sanatorya i leczenie tuberkuliną we wzajemnem ich uzupełnieniu się. Helbron O oderwaniu siatkówki w zapaleniu nerek u ciężarnej (dok.).

— *Wiener klin. Wochenschrift* Nr. 6. Gussenbauer: Doświadczenia nad osteoplastyczną trepanacyą czaszki z powodu guzów w mózgu. I Süsswein: Co się staje z prątkami błoniczymi w przewodzie pokarmowym i jakie czynniki mają tu wpływ? Krokiewicz: Przyczynek do nauki o wściekliźnie u ludzi. Fuchs: Przyczynek do kazuistyki wodniaka dwukomorowego.

— *Münchener medic. Wochenschrift* Nr. 5. Lanz: Precz z odprowadzaniem (przepukliny). Edlefsen: Stłuczenie nerek czy zapalenie nerek. Przyczynek do nauki o podskórnem uszkodzeniu nerek. Jessen: Przyczynek do nauki o zranieniach prądem o wysokiem napięciu. Thime: Leczenie krwotoku płucnego podskórnemi wstrzykiwaniami żelatyny. Sengler: Przypadek dostania się powietrza do żył macicznych w połogu z zejściem śmiertelnem. Hamm: Leczenie przewlekłego suchego nieżytu ucha środkowego przez przebywanie w komorze pneumatycznej. Sachs. O występowaniu hemoglobiny z stwardniałych w sublimacie krwinek czerwonych. Rühl: O położeniu stromem miednicy przy operacyi na drogach żółciowych. Bradshaw: Myelopatyczna albumosurya.

— *Deutsche medic. Wochenschrift* Nr. 6. Kionka: Trujące działanie siarczku sodowego, używanego jako sól do konserwowania mięsa. Hirschfeld i Tobias: Przyczynek do wiedzy o białaczce szpikowej. Lewinger: Przyczynek do rozpoznania trzeciorzędnej kiły połyku. Ritter: O etyologicznem znaczeniu urazu.

Redakcya otrzymała. Ołtuszewski: 1) Niemota, bełkotanie, mowa nosowa, jąkanie, oraz higiena mowy. 2) Zwyrodnienie psychiczne i jego stosunek do różnych kategoryi zboczeń mowy. S. Sterling: O suchotach czyli gruźlicy, jak się tej choroby wystrzegać.

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we środę, d. 19 lutego, o godz. 6-tej wieczorem, ***w sali wykładowej zakładu fizycznego prof. Witkowskiego*** posiedzenie zwyczajne, na którem po demonstracyi kol. dra Dobrowolskiego z kliniki prof. Jordana, kol. prof. Browicz wygłosi odczyt: „Kilka uwag o komórce wątrobnej".

Redaktor odpowiedzialny: **Dr. August Kwaśnicki.**